

Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

# Monistische Spitalfinanzierung

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt



BAG OFSP UFSP SFOPH



Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

# **Monistische Spitalfinanzierung**

Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt

Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern  
Center for Studies in Public Economics  
Robert E. Leu

Februar 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit  
Publikationszeitpunkt: September 2005  
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares  
an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und  
Unfallversicherung, Adrian Schmid, Telefon +41 (0)31 322 90 97  
adrian.schmid@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.704  
BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 9.05 500 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Avant-propos	2
Prefazione	3
Foreword	4
Zusammenfassung	5
Résumé	10
Riassunto	16
Summary	21
<b>1</b> Ausgangslage	<b>27</b>
<b>2</b> Problemstellung und Zielsetzung	<b>28</b>
2.1 Zum Zusammenhang zwischen Finanzierungs- und Organisationsform des Gesundheitswesens	28
2.2 Zum Begriff «monistische Finanzierung»	28
2.3 Problemstellung und Zielsetzung	30
<b>3</b> Vorgehen	<b>31</b>
3.1 Projektorganisation	31
3.2 Inhaltliches Vorgehen	31
<b>4</b> Monistische Finanzierungsmodelle	<b>32</b>
4.1 Wer soll die Rolle des Monisten übernehmen?	32
4.1.1 Krankenversicherer und Managed Care Organisationen (MCOs)	32
4.1.2 Regionale oder nationale Einheitskasse	33
4.1.3 Kantone	34
4.1.4 Bund	34
4.1.5 Kantonsübergreifende Spitalregionen	35
4.1.6 Fazit	35
4.2 Bestimmung der kantonalen Finanzierungsanteile	36
4.2.1 Gegenwärtige Situation	36
4.2.2 Berücksichtigung des dringlichen Bundesgesetzes bezüglich Kantonsbeiträgen an die Spitalfinanzierung	38
4.2.3 Berücksichtigung der 2. KVG-Revision	38
4.2.4 Politische Agenda und Entwicklung der Datenlage	39
4.2.5 Fazit	39
4.3 Gesetzliche Regelung der kantonalen Finanzierungsanteile	39
4.3.1 Verbindlicher einheitlicher Mindestanteil (Variante 3.1)	39
4.3.2 Kantonspezifische Mindestanteile (Variante 3.2)	40
4.3.3 Kantonale Spitalkosten als Ausgangspunkt (Variante 3.3)	40
4.3.4 Föderalistisches Modell (Variante 3.4)	41
4.3.5 Fazit	42
4.3.6 Einschätzung durch die Arbeitsgruppe	42
4.4 Wie sollen die Kantonsbeiträge ins System eingespiessen werden?	43
4.4.1 Überweisung pro Kopf an Kassen/MCOs (Variante 4.1)	43
4.4.2 Modifikation bei Existenz eines Hochrisikopools (Variante 4.2)	44
4.4.3 Überweisung gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/ MCOs (Variante 4.3)	44
4.4.4 Zweckgebundene Gutscheine: Voucher-Lösung (Variante 4.4)	45

4.4.5	Prämienbeitragssystem als alleiniger Transferkanal (Variante 4.5)	45
4.4.6	Steuergutschriften (Variante 4.6)	46
4.4.7	Einige grundlegende Einwände	46
4.4.8	Stärke-Schwäche-Analyse der einzelnen Varianten	48
4.5	Fazit	49
4.6	Einschätzung durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe	49
<b>5</b>	<b>Verworfenen Varianten (Modelle)</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Monistische Finanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld (Stand 2. KVG-Revision)</b>	<b>51</b>
6.1	Beschreibung der Finanzierungsvariante	51
6.2	Auswirkungen auf die Akteure	51
6.3	Auswirkungen auf Kosten und Finanzierung	54
6.4	Auswirkungen auf chronisch Kranke	54
6.5	Umsetzung in der Gesetzgebung	55
6.5.1	Für den Übergang zum monistischen System erforderliche Gesetzesänderungen	55
6.5.2	Ansätze für die erforderlichen Gesetzesänderungen	56
6.6	Fazit	57
6.7	Einschätzung durch Mitglieder der Arbeitsgruppe	58
6.8	Persönliche Empfehlung des Experten	59
<b>7</b>	<b>Monistische Finanzierung im Rahmen eines managed competition Ansatzes</b>	<b>59</b>
7.1	Eignet sich Wettbewerb als Allokationsinstrument im Gesundheitswesen?	59
7.2	Beschreibung der Finanzierungsvariante	60
7.3	Notwendigkeit der Unterstellung unter das Kartellgesetz	61
7.4	Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes	62
7.5	Aufhebung der Verbandstarife	64
7.6	Auswirkungen auf die Akteure	66
7.7	Auswirkungen auf chronisch Kranke	71
7.8	Umsetzung in der Gesetzgebung	71
7.9	Fazit	71
7.10	Einschätzung durch Mitglieder der Arbeitsgruppe	73
7.11	Persönliche Empfehlung des Experten	73
<b>8</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>	<b>74</b>
8.1	Paritätische Kommission	74
8.2	Weitere flankierende Massnahmen	74
8.3	Überschneidung mit den anderen Teilprojekten	75
<b>A</b>	<b>Anhänge</b>	<b>76</b>
	Anhang A1: Die heutige Spitalfinanzierung und ihre Probleme	76
	Anhang A2: Modifikation der Spitalfinanzierung im Rahmen der 2. KVG-Revision	78
	Anhang A3: Spitalplanung	81
	Anhang A4: Wer hat wieviel Macht im Spitalsektor?	83
	Anhang A5: Probleme im Zusammenhang mit diagnosespezifischen Fallpauschalen	86
	Anhang A6: Wettbewerb als Koordinationsmechanismus im Gesundheitswesen	87
	Anhang A7: Modell H+: Monistisches System mit paritätischer Kommission (von H+ verfasst)	90
	Anhang A8: Auswirkungen einer monistischen Spitalfinanzierung auf den Risikoausgleich	92
	Literaturverzeichnis	107

## Mitglieder der Arbeitsgruppe

Robert E. Leu	Universität Bern
Walter Frei	santésuisse
Thomas Grichting	santésuisse
Urs Roth	SDK
Michael Jordi	SDK
Annamaria Müller Imboden	FMH
Uma Grob	H+
Werner Aeberhardt	EVD
Frank Stüssi	Sekretariat der Weko
Thomas Brügger	EFD
Martine Thiévent Schlup	EJPD
Marie-Thérèse Furrer	BSV
Giovanni Cortesi	BSV
Zusatzstudie Risikoausgleich	
Stefan Spycher	Büro BASS





## Für Zeiten des Aufbruchs

Aufbruchstimmung herrschte. Damals im Frühjahr 2002. Der Bundesrat hatte sich zur Klausursitzung in die Thurgauer Kartause Ittingen zurückgezogen und über den Stand und die Zukunft des Krankenversicherungsgesetzes KVG beraten. Seine Diagnose: Das KVG habe sich «grundsätzlich bewährt», allerdings wolle er «kostendämpfende Massnahmen noch vermehrt fördern». Für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung beschloss der Bundesrat einen Etappenplan. Unter anderem wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, längerfristige Reformschritte vorzubereiten – mit dem Ziel, die Grundlagen für eine spätere dritte Teilrevision des KVG zu schaffen. Konkret erhielt EDI vom Bundesrat den Auftrag,

- realisierbare Modelle für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei den Ärzten und allenfalls Spitätern und für die monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung garantiert bleiben soll;
- zu prüfen, wie Managed-Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden können und entsprechende Vorschläge zu unterbreiten;
- Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung (einkommensabhängige Franchise bzw. Kostenbeteiligung; nach medizinischer Leistung differenzierter Selbstbehalt) auszuarbeiten, deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren und dem Bundesrat vorzulegen.

Im Verlauf der Arbeiten wurden die «Finanzierung der Pflege» sowie das übergreifende Thema «Überprüfung Risikoausgleich» als Teilprojekte integriert.

Entstanden sind im Rahmen des Gesamtprojektes «Grundlagen 3. KVG-Teilrevision» innert Jahresfrist sechs fundierte Berichte von ausgewiesenen Experten ihrer Materie:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Bern
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zürich;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zürich;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Bern

Nachdem der Nationalrat in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Revision abgelehnt hatte, wurden die Arbeiten an der 3. KVG-Revision abgebrochen – insbesondere die Analyse von neuen Gesamtmodellen, die sich aus den Einzelvorschlägen der Experten ergaben. Verloren gingen die Ideen damit aber nicht: Das EDI beschloss Anfang 2004, in der Neuauflage der KVG-Revision die ausformulierten Vorschläge der 2. Revision zurückzugreifen und zum Teil mit neuen Elementen zu ergänzen, die sich aus den Vorarbeiten zur 3. Revision ergaben.

Der Inhalt der sechs Expertenberichte ist breit und sprengt den Rahmen des politisch Machbaren. Doch das Wissen, die Analysen und die Ideen müssen der Fachwelt zugänglich bleiben. Für viele Jahre. Immer wieder, wenn Aufbruchstimmung herrscht.

Hans Heinrich Brunner  
Vizedirektor BAG

## En temps de renouveau

Un vent de renouveau soufflait. C'était au début de l'année 2002. Le Conseil fédéral s'était alors retiré dans la Chartreuse d'Ittingen (canton de Thurgovie) pour une séance spéciale, afin d'évaluer la situation concernant la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et envisager son avenir. Son diagnostic : la LAMal a fait ses preuves mais le Conseil fédéral souhaiterait renforcer davantage les mesures de maîtrise des coûts. Il a alors décidé de concevoir un plan progressif pour améliorer le système de l'assurance-maladie. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a notamment été chargé de prévoir une réforme par étapes à long terme et ce, dans le but de préparer les bases d'une troisième révision de la LAMal. En clair, le Conseil fédéral a mandaté le DFI afin qu'il :

- propose des modèles réalisables pour la suppression de l'obligation de contracter pour les médecins et les hôpitaux ainsi que pour le financement moniste des hôpitaux, cadre dans lequel les soins de base continuent à être garantis,
- examine comment les modèles de réseaux de soins intégrés peuvent être encouragés au moyen de systèmes incitatifs appropriés et qu'il soumette des propositions en conséquence,
- formule des propositions concernant le contrôle de la demande, par une participation aux coûts modifiée (franchises établies en fonction du revenu ou de la participation aux coûts ; quote-part différenciée en fonction de la prestation médicale), qu'il analyse la rentabilité de leur effet incitatif et les soumette au Conseil fédéral.

Les projets partiels « financement des soins » et « examen de la compensation des risques » se sont rajoutés au cours des travaux.

En un an, six rapports ont été rédigés par des experts qualifiés dans le cadre du projet global « Bases de la troisième révision partielle de la LAMal » :

- « Financement hospitalier moniste », Robert E. Leu, Institut d'économie politique, Université de Berne
- « Obligation de contracter », Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurich
- « Réseau de soins intégrés » (Managed Care), Markus Moser, conseiller juridique en matière de santé publique, Niederwangen
- « Participation aux coûts », Heinz Schmid, actuaire, Biel-Benken
- « Financement des soins », Rolf Iten et Stephan Hammer, Bureau Infrac, Zurich
- « Compensation des risques », Stefan Spycher, Bureau Bass, Berne

Après que le Conseil national a refusé la deuxième révision de la LAMal lors de la session d'hiver en 2003, les travaux engagés pour la troisième révision ont été interrompus, en particulier l'analyse des nouveaux modèles globaux issus des propositions faites par chaque expert. Mais les idées ont été conservées : le DFI a décidé, début 2004, de reprendre les propositions formulées dans le cadre de la deuxième révision pour la nouvelle édition de la révision de la LAMal et de les compléter par de nouveaux éléments provenant des travaux préparatoires de la troisième révision.

Le contenu des six rapports d'experts est étendu et sa mise en pratique n'est pas réalisable au plan politique. Mais les connaissances, les analyses et les idées doivent cependant continuer à faire partie du monde des spécialistes. Pour de longues années, à chaque fois qu'un vent de renouveau soufflera.

Hans Heinrich Brunner  
Vice-directeur OFSP

## In attesa del grande cambiamento

Allora, nel febbraio 2002, l'atmosfera era quella che preannuncia un rivolgimento. Il Consiglio federale si era ritirato in clausura nell'ex monastero certosino Kartause di Ittigen per discutere in merito alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e al suo futuro. La sua diagnosi: la LAMal «in linea di principio ha dato buona prova», tuttavia il Consiglio federale intende «promuovere maggiormente le misure volte ad arginare i costi». Per progredire nello sviluppo dell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha deciso un piano a tappe. Tra l'altro, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è stato incaricato di dare avvio ai lavori preparatori a lunga scadenza in vista della riforma, allo scopo di elaborare le basi per una futura terza revisione della LAMal. Concretamente il DFI è stato incaricato dal Consiglio federale di:

- presentare modelli attuabili per la soppressione dell'obbligo di contrarre per i medici ed eventualmente gli ospedali e per il finanziamento ospedaliero monistico, senza tuttavia rinunciare alla garanzia delle cure di base;
- verificare la possibilità di promuovere modelli managed care con adeguati sistemi di incentivo e presentare proposte in tale senso;
- elaborare delle proposte per il controllo della domanda mediante una modifica del principio della partecipazione ai costi (franchigia proporzionale al reddito e partecipazione ai costi; aliquota percentuale differenziata secondo la prestazione medica), analizzare gli effetti dell'incentivo economico e presentarne i risultati al Consiglio federale.

Nel corso dei lavori, sono stati integrati come sottoprogetti l'aspetto del «finanziamento delle cure» e il tema trasversale dell'«esame della compensazione dei rischi».

Nell'ambito del progetto globale «Aspetti fondamentali della 3a revisione parziale della LAMal», nell'arco di un anno, sono stati stesi da comprovati esperti in materia sei rapporti consolidati:

- «Monistische Spitalfinanzierung»: Robert E. Leu, Volkswirtschaftliches Institut der Universität, Berna;
- «Kontrahierungszwang», Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen, Zurigo;
- «Managed Care», Markus Moser, Juristischer Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen;
- «Kostenbeteiligung», Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, Biel-Benken;
- «Finanzierung der Pflege»: Rolf Iten und Stephan Hammer Büro Infrac, Zurigo;
- «Risikoausgleich»: Stefan Spycher, Büro Bass, Berna.

In seguito al rigetto della 2a revisione della LAMal da parte del Consiglio nazionale, nella sessione invernale 2003, sono stati interrotti i lavori della 3a revisione, in particolare l'analisi di nuovi modelli di finanziamento usciti dalle singole proposte degli esperti. Ma questo colpo di freno non ha cancellato le idee: il DFI, all'inizio del 2004, ha deciso di riprendere nel nuovo testo di revisione della LAMal le proposte formulate nell'ambito della 2a revisione e, in parte, di completarle con nuovi elementi scaturiti dalla 3a revisione.

Il contenuto dei sei rapporti peritali è ampio e supera i limiti di quanto è politicamente realizzabile. Tuttavia non dobbiamo precludere agli specialisti l'accesso alla conoscenza, alle analisi e alle idee. E questo per anni e anni, perché è sempre tempo di iniziare un nuovo cammino.

Hans Heinrich Brunner  
Vicedirettore dell'UFSP

## For times when change is in the air

Change was in the air, back in the spring of 2002. The Federal Council had withdrawn to the former Carthusian monastery of Ittingen in the Canton of Thurgau for an off-site session to discuss the status and future of the Health Insurance Act (*KVG*). The Council's diagnosis: The *KVG* had "proved of value, all things considered". However, the Federal Council wanted "to step up efforts to control costs". The Council decided on a plan to further develop health insurance in a series of stages. Among other measures, the Federal Department of the Interior (EDI) was commissioned to prepare long-term reform measures with a view to creating the basis for a subsequent third partial revision of the *KVG*. Specifically, the Federal Council tasked the EDI with

- submitting feasible models for revoking the contracting obligation of health insurance funds vis-à-vis doctors and possibly also hospitals, and for "monistic" funding (i.e. from a single source) of hospitals, while at the same time ensuring the provision of primary health care;
- examining appropriate incentive systems designed to promote managed-care models and submitting corresponding proposals;
- drawing up proposals for controlling demand by means of a modified cost-participation system (income-based annual deductible/contribution to costs; variable service-based deductible depending on the medical service provided), analysing their effectiveness as economic incentives and submitting them to the federal Council.

As the work proceeded, "Financing of nursing care" and the overarching subject of "Review of risk spread" were included as additional sub-projects.

Within a year the general project, "Basis, 3rd Partial Revision of *KVG*", generated six well-substantiated reports by proven experts in their respective subjects:

- "Monistic financing of hospitals": Robert E. Leu, Department of Economics, University of Bern
- "Contracting obligation"; Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Zurich;
- "Managed Care"; Markus Moser, legal advisor, healthcare sector, Niederwangen;
- "Cost participation"; Heinz Schmid, actuary, Biel-Benken;
- "Financing of nursing care": Rolf Iten and Stephan Hammer, INFRAS, Zurich;
- "Risk spread": Stefan Spycher, BASS, Bern

When the National Council turned down the 2nd Partial *KVG* Revision in the 2003 winter session, work on the 3rd *KVG* Revision was suspended, particularly the analysis of the new global models resulting from the experts' individual proposals. The underlying ideas were not abandoned, however: Early in 2004, the EDI decided that the new version of the *KVG* revision would incorporate proposals formulated in the 2nd Revision, with some being supplemented with new elements derived from the preliminary work on the 3rd Revision.

The six expert reports are wide-ranging in their scope and go way beyond the limits of what is politically feasible. But the know-how, analyses and ideas they contain must remain accessible to specialists. For many years to come, for whenever change is in the air.

Hans Heinrich Brunner  
Vice-Director, Swiss Federal Office of Public Health

# Zusammenfassung

## 1 Zum Begriff «monistische Finanzierung»

Die zentralen Merkmale einer monistischen Finanzierung sind der Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung einerseits und die Übertragung der Finanzierungsverantwortung (Zahllast) auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite andererseits, so dass jedem Leistungsanbieter ein Kostenträger gegenüber steht. Woher dieser Akteur seine Mittel bezieht, bleibt dabei offen. Möglich sind eine ausschliessliche Finanzierung über Prämien oder Steuern oder eine Mischung zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung, wie sie auch das KVG kennt.

Monistische Finanzierungsmodelle können sich in drei Dimensionen unterscheiden: (1) Welcher Akteur übernimmt die Rolle des Monisten? (2) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge rechtlich geregelt? (3) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge ins System eingespeist?

Für jede dieser Dimensionen werden mehrere Varianten entwickelt. Jedes monistische Finanzierungsmodell setzt sich dann aus je einer Variante (einem Baustein) auf jeder dieser drei Ebenen zusammen. Diese Bausteine lassen sich im Prinzip beliebig miteinander kombinieren. Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf diejenigen Kombinationen, die unter sachlichen und politischen Gesichtspunkten im Vordergrund stehen.

## 2 Wer soll die Rolle des Monisten übernehmen?

Die Frage, welche Institution(en) die Rolle der Monisten übernehmen sollte(n), ist eng verknüpft mit der politisch als erwünscht betrachteten Organisationsform des Gesundheitswesens bzw. des Spitalsektors. Soll das Gesundheitswesen wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, kommen nur die Krankenversicherer sowie die Managed Care Organisationen (MCOs), z.B. Ärztenetzwerke oder integrierte Versorgungsketten mit eigener Rechtspersönlichkeit dafür in Frage. Bei planwirtschaftlicher Ausgestaltung des Gesundheitswesens, z.B. im Rahmen eines Globalbudgetmodells, stehen (zu schaffende) Spitalregionen oder der Bund für diese Rolle im Vordergrund. Als nicht empfehlenswert ist demgegenüber die Variante mit den Kantonen als Monisten zu bezeichnen.

## 3 Bestimmung der kantonalen Finanzierungsanteile

Bei einem Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem stellt sich die Frage, wie hoch der Anteil der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen insgesamt sein soll. Diese Frage ist politisch brisant, weil mit der Festlegung dieses Finanzierungsschlüssels die Verteilung der Finanzierungslast vorbestimmt wird. Die Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist bei gegebener Höhe der Prämienbeiträge umso regressiver, je kleiner der Kantonsanteil ist und umgekehrt. Die Festlegung dieses Schlüssels stellt eine politische Wahlvariable dar. Je nach den vorherrschenden politischen Präferenzen kann man beim Übergang auf ein monistisches System die heutigen Kantonsanteile durch entsprechende Vorgaben im KVG etwa konstant halten oder sie nach oben oder unten verschieben.

Im Jahr 2000 betrug der Finanzierungsanteil der Kantone 55% in bezug auf die Spitalkosten und 34.5% in bezug auf die gesamten OKP-Kosten. Wie sich diese Anteile in den kommenden Jahren als Folge der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Finanzierungsbeiträge verändern werden, ist zum heutigen Zeitpunkt über Modellrechnungen nicht befriedigend quantitativ abzuschätzen (vgl. Tabelle 1).

## 4 Gesetzliche Regelung der kantonalen Finanzierungsanteile

Eine zentrale Frage, die sich bei der Einführung einer monistischen Finanzierung stellt, ist, ob und allenfalls in welcher Form man auf Bundesebene den Kantonen vorschreiben sollte, welche Finanzierungsanteile sie übernehmen müssten. Es handelt sich dabei um eine politische Entscheidung, welche einerseits die Kompetenzverteilung Bund/Kantone und andererseits die Verteilungswirkungen des Gesundheitswesens tangiert. Im Bericht werden vier Varianten diskutiert: (1) Ein verbindlicher einheitlicher Mindestanteil; (2) kantonsspezifische Mindestanteile an den gesamten OKP-Kosten; (3) ein verbindlicher Mindestanteil an den gesamten Spitalkosten (ev. den gesamten stationären Kosten) und (4) ein föderalistischer Ansatz, bei welchem auf eine Vorschrift im KVG überhaupt verzichtet und die Festlegung der Kantonsbeiträge den Kantonen überlassen wird.

Fällt die Entscheidung zugunsten einer KVG-(Mindest-) Vorschrift, ist aus Sicht des Verfassers der Variante (1) der Vorzug zu geben. Wenn schon eine Bundeslösung als erwünscht angesehen wird, dann müssten die Kantone bezüglich Mindestanteil an der Finanzierung auch gleich behandelt werden. Dies wäre bei Variante (2) nicht der Fall. Der zentrale Vorteil von Variante (1) gegenüber Variante (3) besteht darin, dass sie den kantonalen Finanzierungsanteil auch dann konstant hält, wenn der Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten abnimmt. Dazu kommt, dass Variante (3) die kantonale Finanzhoheit im gleichen Umfang tangiert wie Variante (2), sobald der Kontrahierungszwang aufgehoben wird. Will man keine Regelung auf Bundesebene, steht demgegenüber Variante (4) im Vordergrund. Falls eine Lösung entsprechend den Varianten (1) bis (3) aus verfassungsrechtlichen oder politischen Gründen nicht in Frage käme, bliebe nur eine Lösung entsprechend Variante (4).

## 5 Wie sollen die Kantonsbeiträge ins System eingespiessen werden?

Im Bericht werden sechs Varianten vorgestellt, wie die in Abhängigkeit der gesamten OKP-Kosten der Vorperiode festgelegten Finanzierungsbeiträge auf die einzelnen Kassen/MCOs aufgeteilt und über die Nachfrageseite ins Gesundheitswesen eingespiessen werden können: (1) pro Kopf an die Kassen/MCOs; (2) teils über einen Hochrisiko-(Hochkosten-)pool und teils pro Kopf an die Kassen/MCOs; (3) gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/MCOs; (4) in Form zweckgebundener Gutscheine (Voucher) an die Versicherten; (5) vollumfänglich über das (modifizierte) Prämienbeitragssystem und (6) über Steuergutschriften. Bei den Varianten (1) bis (4) würde das heutige Prämienbeitragssystem (in ev. leicht modifizierter Form) weiterbestehen, in Variante (5) würde es grundlegend verändert und in Variante (6) wäre es überflüssig. Bei den Varianten (1) bis (3) würden die Kantonsanteile über die Versicherer, bei den Varianten (4) bis (6) über die Versicherten ins System eingespiessen.

Die insgesamt sechs Varianten unterscheiden sich weniger stark voneinander, als es auf den ersten Blick den Anschein macht. Die Kantonsbeiträge pro Versicherten fliessen bei allen Varianten dorthin, wo der einzelne Versicherte sich behandeln lässt, unabhängig davon, ob sie vom Kanton direkt an die Versicherer (Varianten 1–3) oder an die Versicherten überwiesen werden (Varianten 4–6). Es handelt sich in allen Fällen um Subjektsubventionen. Die Kostentransparenz für die Versicherten wäre bei den Varianten (4)–(6) eindeutig grösser. Ihre Prämien lägen gegenüber heute rund 30–40% höher. Im gleichen Umfang würden ihnen aber Kantonsbeiträge zufließen (Varianten 4 und 5) oder Steuerermässigungen gewährt (Variante 6). Ob diese höhere Kostentransparenz per se zu Verhaltensänderungen bei den Versicherten führen würde, ist allerdings fraglich, weil die Prämien zu gleichen Teilen wie heute von dritter Seite finanziert würden.

Negative Anreizeffekte sind vor allem bei Variante (3) zu erwarten. Versicherer, die keine Anstrengungen unternähmen, ihre Kosten zu senken, würden belohnt und umgekehrt. Es handelte sich dabei erneut um einen retrospektiven Kostenausgleich, wie man ihn im Rahmen einer Verbesserung des Risikoausgleichs gerade eliminieren will. Aus diesem Grunde kommt Variante (3) eher nicht in Frage. Auch bei Variante (2) ergäben sich je nach Ausgestaltung von Hochrisiko- bzw. Hochkostenpool unerwünschte Anreizeffekte. Die Varianten (5) und (6) weisen grössere praktische und politische Umsetzungsprobleme auf, auch wenn gerade Variante (6) aus einer wettbewerbsorientierten Optik vom Grundsatz her bestechend ist.

Damit verbleiben die Varianten (1) und (4), die sich eigentlich nur dadurch unterscheiden, ob die Kantonsbeiträge direkt oder indirekt über die Versicherten an die Krankenversicherer fliessen. Variante (1) ist administrativ einfacher zu handhaben, politisch leichter umzusetzen und steht damit im Vordergrund. Sie setzt allerdings nach Ansicht des Verfassers (und der grossen Mehrheit der Arbeitsgruppe) voraus, dass der Risikoausgleich verbessert wird.

## 6 Monistische Finanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld

Im Bericht werden in Anhang A1 zunächst die Probleme der heutigen Spitalfinanzierung aufgeführt. In Anhang A2 wird die sog. dual-fixe Finanzierung diskutiert, wie sie im Rahmen der gescheiterten 2. KVG-Revision hätte eingeführt werden sollen. In Kapitel 6 des Berichts schliesslich wird die dual-fixe Finanzierung mit der folgenden monistischen Finanzierungsvariante verglichen: a) Monistische Finanzierung mit den Krankenversicherern und MCOs als Monisten; b) der Finanzierungsanteil der Kantone an den gesamten OKP-Kosten wird im KVG festgelegt; c) die Kantonsbeiträge werden pro Kopf an die Krankenversicherer/MCOs überwiesen; d) die Abgeltung der Leistungen erfolgt soweit wie möglich über diagnose- oder ein-griffsspezifische Fallpauschalen; e) die Regulierung des Gesundheitswesens durch das KVG, insbesondere der Kontrahierungszwang und die Kompetenz der Kantone zur Spitalplanung, bleiben bestehen.

Die Einführung einer monistischen Finanzierung würde die Rolle der Kantone unter diesem Regime nur marginal tangieren. Es ergäbe sich eine leichte Entflechtung der Aufgaben, indem die Kantone bei Tarifverhandlungen formal nur noch auf der Angebotsseite (als Eigentümer der öffentlichen Spitäler) sowie allenfalls als Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten involviert wären. Umgekehrt läge die Finanzierungsverantwortung ausser für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie Lehre und Forschung, Notfalldienste etc. vollumfänglich bei den Kassen und MCOs.

Der Bericht zeigt, dass die Einführung einer monistischen Finanzierung im Vergleich zum status quo massive Vorteile mit sich brächte. Sämtliche Vorteile, die mit der dual-fixen Finanzierung erreichbar wären (vgl. Anhang A2), liessen sich auch mit der beschriebenen monistischen Finanzierung realisieren. Darüber hinaus ergäben sich bei monistischer Finanzierung die folgenden zusätzlichen Vorteile:

1. Die subventionsbedingte Kostenverzerrung zwischen stationären und nicht stationären Behandlungen entfielen. Weil die Wahl der Therapieform unter «Kostenwahrheit» getroffen würde, ergäbe sich eine bessere Allokation der Gesundheitsleistungen auf Behandlungsebene.
2. Bei monistischer Finanzierung würden alle medizinischen Leistungen prozentual gleich stark subventioniert, unabhängig davon, ob sie stationär, teilstationär oder ambulant erbracht werden. Damit entfielen die Abgrenzungsproblematik zwischen diesen Behandlungsformen.
3. Managed Care Organisationen könnten ihr Kostensparpotential voll realisieren. Ihre geringeren Hospitalisationsraten würden sich in vollem Umfang als Kostenersparnis bei ihnen niederschlagen und nicht nur knapp zur Hälfte, wie das bei dual-fixer Finanzierung der Fall ist.
4. Bestehen keine weiteren Restriktionen bezüglich Prämienfestsetzung, könnten die Managed Care Organisationen diese geringeren Kosten im vollem Umfang über niedrigere Prämien an die Versicherten weitergeben. Ihre Attraktivität und damit ihr Marktanteil dürfte dadurch steigen, und es ergäbe sich ein verschärfter Prämienwettbewerb im Versicherungsbereich.
5. Bei der monistischen Finanzierung wird der Anteil der vom Kanton zu übernehmenden Kosten an den gesamten Gesundheitskosten festgeschrieben. Bei der dual-fixen Finanzierung bezieht sich der Kostenteiler nur auf die (teil-)stationären Behandlungskosten. Gehen diese anteilmässig zurück, sinkt auch der kantonale Finanzierungsanteil an den gesamten Gesundheitskosten. Der Begriff dual-fix ist in diesem Sinne irreführend.
6. Die monistische Finanzierung würde im Gegensatz zur dual-fixen Finanzierung eine flächendeckende leistungsorientierte Finanzierung auf Behandlungsebene sicherstellen (vgl. 6.2.c). Dadurch ergäbe sich eine erhöhte Transparenz, ein erhöhter Effizienzdruck und eine Verbesserung der Ressourcenallokation.

7. Im Gegensatz zur dual-fixen Finanzierung enthält die monistische Finanzierung keine Anreize, die kantonale Zersplitterung des Spitalsektors weiter zu zementieren.

Diesen Vorteilen steht als Nachteil gegenüber, dass die auf die unterschiedlichen Risikostrukturen zurückzuführenden Kostenunterschiede der Versicherer sich leicht verschärfen würden (vgl. Anhang A8). Eine Verstärkung des Risikoausgleichs wäre bei monistischer Finanzierung somit von grösserer Dringlichkeit.

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision ergibt sich damit zusammenfassend die Schlussfolgerung, dass direkt zu einer monistischen Spitalfinanzierung – im heutigen regulatorischen Umfeld – übergegangen werden sollte, ohne zuerst den langwierigen Umweg über die dual-fixe Finanzierung zu machen. Diese Aussage ist insbesondere dann gültig, wenn die Absicht besteht, das Gesundheitswesen mittel- und längerfristig in Richtung auf ein stärker wettbewerbsorientiertes Managed Competition Modell zu entwickeln.

## **7 Monistische Finanzierung im Rahmen eines Managed Competition-Modells**

Untersucht werden im Bericht die Auswirkungen einer Finanzierungsvariante, welche im Vergleich zum KVG in seiner heutigen Form folgende Änderungen enthält: a) Monistische Finanzierung mit den Kassen/MCOs als Monisten; b) Festlegung des Finanzierungsanteils der Kantone an den gesamten OKP-Kosten im KVG; c) Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten und stationären Bereich; d) Aufhebung der Spitallisten (subsidiäre Spitalplanung bzw. Definition von Mindeststandards zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch die Kantone); e) Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen (insbesondere Aufhebung der Möglichkeit, Verbandstarife festzulegen und Ausstattung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler mit eigener Rechtspersönlichkeit); f) freie Wahl der Vergütungsformen, wie sie insbesondere im ambulanten Bereich bereits heute gilt; h) stärkere Ausdifferenzierung und prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs (gemeinsame Einrichtung).

Aus Sicht des Verfassers können die wichtigsten Vorteile eines so ausgestalteten Wettbewerbsmodells im Vergleich zur heutigen Situation wie folgt zusammengefasst werden:

1. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstünden erstmals im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenkassen/MCOs) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden.
2. Vorausgesetzt, den öffentlichen Spitalern würde der notwendige unternehmerische Freiraum zur Verfügung gestellt, wären wegen der monistischen Finanzierung bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst.
3. Die Vertragsfreiheit, zusammen mit einem stärker ausdifferenzierten Risikoausgleich, ermöglichte es den Krankenversicherern und Managed Care-Organisationen, sich in einem echten Leistungswettbewerb (statt im Kampf um die guten Risiken) zu konkurrenzieren.
4. Der Wettbewerb unter Versicherern/MCOs stellt seinerseits das geeignete Vehikel dar, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln.
5. Die Freiheit der Wahl unter den Versicherern/MCOs schliesslich würde sicherstellen, dass die Versicherungsprodukte und letztlich auch die medizinische Versorgung den Präferenzen der Konsumenten entsprechen.
6. Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit würde die Konzentration auf beiden Marktseiten weiter erhöhen. Dies ist solange kein gravierendes Problem, als beide Marktseiten über eine ähnliche Marktstellung (Konzentration) verfügen, weil dann keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume existieren.
7. Mit der Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheits-



wesen würden die Möglichkeiten für Machtmissbrauch weiter eingegrenzt. Ausserdem wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den Vertragsverhandlungen nicht mehr möglich. Schliesslich müssten Verbandstarife in Abhängigkeit der beabsichtigten Vergütungsform durch Einzel- oder Gruppenverträge abgelöst werden.

8. Die Freiheit der Vertragsgestaltung ermöglichte es Versicherern und MCOs, alternative Vergütungssysteme mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Entsprechend wäre mit neuen, auch innovativen Vergütungsformen zu rechnen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig veränderten. Insbesondere ist anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche Ursache für das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage darstellt, rasch zurückgedrängt würde.
9. Im Gegensatz zu heute wären die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelten Vergütungen (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen könnten auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährdeten. Unterschiedlich hohe Gewinnmargen auf einzelnen Leistungen würden sich einander durch den Wettbewerbsdruck tendenziell angleichen. Damit entfielen auch der Grund zum Rosinenpicken im Sinne einer Spezialisierung auf besonders rentable Leistungen.
10. Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Vertragszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten rasch verändern und stärker an ökonomischen Realitäten orientieren würden.
11. Der zu erwartende (fachspezifische) Konzentrationsprozess würde die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig verbessern.
12. Insgesamt ist zu erwarten, dass sich im Rahmen des skizzierten Modells des regulierten Wettbewerbs mit der Zeit eine effizientere Allokation der Ressourcen im Spitalbereich ergäbe.
13. Obwohl die Rolle der Kantone stark redimensioniert würde, käme ihnen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienste etc.), Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Aktionär (Besitzer) öffentlicher Spitäler etc. zu.

Aus Sicht des Verfassers stehen bei dem beschriebenen Managed Competition-Ansatz vor allem drei Probleme im Vordergrund:

1. Durch die Festlegung der Finanzierungsanteile im KVG würde die Budgethoheit der Kantone insofern tangiert, als sie zu Beitragszahlungen verpflichtet würden, ohne über wesentliche Instrumente zur Kostenkontrolle zu verfügen. Dies ist zwar teilweise auch bei den kantonalen Prämienbeiträgen der Fall (fehlende Möglichkeiten zur Kostenkontrolle im ambulanten Bereich), aber in geringerem Umfang. Im Bericht werden zwei mögliche Auswege aus dieser Problematik diskutiert.
2. Die Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes können nur teilweise vom Bund geschaffen werden. Insbesondere ist es Sache der Kantone/Gemeinden, ob und in welchem Umfang sie ihre Spitäler mit eigener Rechtspersönlichkeit ausstatten und welche Eigentumsverhältnisse sie dabei schaffen wollen.
3. Bleiben die Kantone/Gemeinden Eigentümer der öffentlichen Spitäler, wird die Wettbewerbsintensität durch den hohen Marktanteil dieser Spitäler beschränkt. In die gleiche Richtung wirkt sich die geringe Preis-(Prämien-) Elastizität der Nachfrage aus.

# Résumé

## 1 Notion de «financement moniste»

Le financement moniste présente deux caractéristiques principales : d'une part, on passe du financement des établissements (objet) à un financement des prestations (sujet) et, d'autre part, la responsabilité en matière de financement (charge du paiement) est confiée à un acteur unique du côté de la demande. De ce fait, à chaque offreur de prestations correspond un agent payeur. La question de savoir d'où proviennent les fonds de cet acteur reste ouverte : le financement peut être assuré exclusivement par les primes ou les impôts, ou bien par un mélange des deux, comme c'est aussi le cas actuellement avec la LAMal.

Les modèles de financement moniste peuvent se distinguer à trois niveaux : (1) Quel acteur joue le rôle du «moniste» ? (2) Comment les contributions financières cantonales sont-elles réglées du point de vue juridique ? (3) De quelle manière les contributions financières cantonales sont-elles injectées dans le système ?

Plusieurs variantes ont été développées pour chacun de ces niveaux. Chaque modèle de financement moniste se compose donc de trois variantes (éléments), une pour chacun de ces trois niveaux. Ces différents éléments peuvent, en principe, être combinés à volonté les uns aux autres, mais le présent rapport se limite aux combinaisons les plus intéressantes du point de vue technique et politique.

## 2 Qui doit jouer le rôle du moniste ?

La question de l'institution ou des institutions qui devraient jouer le rôle du moniste est étroitement liée à la forme d'organisation du système de santé et du secteur hospitalier considérée comme souhaitable du point de vue politique. Si le système doit reposer sur la concurrence, seuls entrent en ligne de compte les assureurs-maladie et les organisations de managed care, comme par exemple les réseaux de médecins ou les chaînes de soins intégrées avec une personnalité juridique propre. Si le système de santé est planifié, par exemple dans le cadre d'un modèle de budget global, ce sont les régions hospitalières (qui restent à créer) ou la Confédération qui sont au premier plan. En revanche, la variante dans laquelle les cantons sont les monistes n'est pas recommandée.

## 3 Comment déterminer les parts du financement incombant aux cantons ?

En cas de passage à un système de financement moniste, la question se pose de savoir quelle doit être au total la part des cantons dans le financement des prestations obligatoirement assurées. C'est là une question délicate sur le plan politique, parce que la détermination de cette clé de financement conditionne la répartition de la charge financière. Le financement des prestations obligatoirement assurées est, pour un niveau de réduction des primes donné, d'autant plus régressif que la part cantonale est faible et inversement. La fixation de cette clé de répartition est une variable politique. Selon les orientations politiques dominantes au moment du passage à un système moniste, on peut inscrire la part cantonale dans la LAMal soit en la conservant à peu près telle qu'elle est actuellement, soit en la modifiant vers le haut ou vers le bas.

En 2000, la part des cantons dans le financement était de 55 % pour les coûts hospitaliers et de 34,5 % pour l'ensemble des coûts de l'assurance obligatoires des soins (AOS). Suite à la mise en œuvre de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales, il est difficile actuellement d'évaluer quantitativement d'une façon satisfaisante, par des modèles de calcul, de quelle façon ces parts vont évoluer ces prochaines années (voir tableau 1).

## 4 Réglementation légale des parts du financement incombant aux cantons

L'une des principales questions qui se posent en cas d'introduction d'un financement moniste est de savoir si – et éventuellement sous quelle forme – on devrait, au niveau fédéral, prescrire aux cantons la part du financement qu'ils auraient à assumer. Il s'agit là d'une décision politique touchant, d'un côté, la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons et, de l'autre, les effets du système de santé en termes de répartition. Quatre variantes sont discutées dans le rapport : (1) une part minimum, uniforme et contraignante ; (2) une part minimum, propre à chaque canton, de l'ensemble des coûts de l'AOS ; (3) une part minimum et contraignante de l'ensemble des coûts hospitaliers (éventuellement de l'ensemble des coûts des traitements hospitaliers) ; (4) une approche fédéraliste, dans laquelle rien n'est prescrit dans la LAMal et où les cantons déterminent eux-mêmes leur participation.

Si l'on opte pour une prescription (minimum) dans la LAMal, l'auteur estime que la variante (1) est à privilégier. Si l'on considère qu'une solution au niveau fédéral est souhaitable, tous les cantons doivent être traités de la même manière en ce qui concerne la part minimum de financement. Ce ne serait pas le cas avec la variante (2). Le principal avantage de la variante (1) par rapport à la (3) réside dans le fait qu'elle garde constante la part des cantons dans le financement, même si la part des coûts hospitaliers par rapport à l'ensemble des coûts de la santé diminue. De plus, si l'obligation de contracter est supprimée, la variante (3) a la même incidence sur la souveraineté cantonale en matière financière que la variante (2). Si l'on ne veut pas de réglementation au niveau fédéral, c'est par contre la variante (4) qui est la plus intéressante. Au cas où, pour des raisons de droit constitutionnel ou des motifs politiques, les variantes (1) à (3) ne seraient pas envisageables, il ne resterait plus qu'une solution de type variante (4).

## 5 De quelle manière les contributions cantonales doivent-elles être injectées dans le système ?

Dans le rapport sont présentées six variantes différenciant les unes des autres sur deux points : d'une part, la répartition, entre les différents assureurs-maladie/ organisations de managed care, des contributions cantonales fixées en fonction de l'ensemble des coûts de l'AOS de la période précédente et d'autre part, la manière dont le système de santé est alimenté du côté de la demande : (1) par tête, directement par les assureurs-maladie/organisations de managed care ; (2) en partie par un pool de risques élevés (de hauts coûts) et en partie par les assureurs-maladie/organisations de managed care ; (3) par les assureurs-maladie/organisations de managed care selon les coûts de l'AOS durant la période précédente ; (4) sous forme de bons liés à un but précis et remis aux assurés ; (5) entièrement par le système (modifié) de réduction des primes et (6) par des crédits d'impôts. Dans les variantes (1) à (4), le système de réduction des primes actuel serait conservé (éventuellement sous une forme légèrement modifiée) ; dans la variante (5) il serait fondamentalement transformé et dans la variante (6), il serait superflu. Dans les variantes (1) à (3), les parts cantonales seraient injectées dans le système par l'intermédiaire des assureurs, dans les variantes (4) à (6) par celui des assurés.

Ces six variantes sont moins différentes qu'elles ne le paraissent au premier abord. Les contributions cantonales par assuré aboutissent dans toutes les variantes là où la personne assurée se fait traiter, indépendamment du fait qu'elles soient versées par le canton directement aux assureurs (variantes 1 à 3) ou versées aux assurés (variantes 4 à 6) ; dans tous les cas il s'agit de subventions par sujet. Pour les assurés, la transparence des coûts serait nettement meilleure dans les variantes (4) à (6), mais les primes seraient de 30 à 40 % plus élevées qu'aujourd'hui. En contrepartie, ils toucheraient des contributions cantonales (variantes 4 et 5) ou bénéficieraient de réductions fiscales (variante 6) d'un niveau correspondant. On peut se demander toutefois si cette plus grande transparence des coûts modifierait le comportement des assurés, car les primes seraient financées dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui par un troisième acteur.

C'est la variante (3) qui est la plus susceptible de comporter des incitations négatives. Les assureurs qui ne chercheraient pas à faire baisser leurs coûts seraient récompensés et inversement. On retrouve là une compensation des coûts rétrospective, comparable à celle que l'on veut justement éliminer en améliorant la compensation des risques. La variante (3) ne devrait donc pas être retenue. Selon l'organisation du pool de hauts risques ou de coûts élevés, la variante (2) risquerait également de créer des incitations négatives indésirables. Les variantes (5) et (6) soulèvent d'assez gros problèmes de mise en œuvre, d'ordre à la fois pratique et politique, même si la variante (6) est dans son principe, du point de vue de la concurrence, assez séduisante. Il ne reste donc plus que les variantes (1) et (4), qui ne diffèrent en principe que par le mode de versement des contributions cantonales aux assureurs-maladie (soit direct, soit indirect par l'intermédiaire des assurés). La variante (1) figure au premier plan, dans la mesure où elle est plus simple à appliquer sur le plan administratif et plus facile à mettre en œuvre du point de vue politique. Aux yeux de l'auteur (et de la grande majorité du groupe de travail), elle présuppose cependant une amélioration de la compensation des risques.

## 6 Financement moniste et réglementation existante

L'annexe A1 du rapport expose en premier lieu les problèmes du financement actuel des hôpitaux. L'annexe A2 étudie ce que l'on appelle le financement dual fixe, tel qu'il aurait dû être introduit par la 2e révision de la LAMal qui a été rejetée. Le chapitre 6 du rapport enfin compare le financement dual fixe avec plusieurs variantes de financement moniste : a) financement moniste avec les assureurs-maladie et les organisations de managed care comme monistes; b) la part du financement des cantons à l'ensemble des coûts de l'AOS est fixée dans la LAMal ; c) les contributions cantonales sont versées par tête aux assureurs-maladie/organisations de managed care ; d) les prestations sont rémunérées autant que possible par des forfaits par cas spécifiques à un diagnostic ou à une intervention ; e) la régulation du système de santé par la LAMal, notamment l'obligation de contracter et la compétence des cantons en matière de planification hospitalière, reste inchangée.

Sous ce régime, l'introduction d'un financement moniste ne changerait que très peu le rôle des cantons. Il y aurait juste une légère désimbrication des tâches, dans la mesure où lors des négociations tarifaires, les cantons ne seraient formellement encore impliqués que du côté de l'offre (en tant que propriétaires des hôpitaux publics) et qu'ils assumeraient, le cas échéant, un rôle d'arbitre en cas de litiges en matière de tarifs. Inversement, la responsabilité du financement, hormis pour les prestations d'intérêt public comme la formation et la recherche, les services d'urgence, etc., incomberait entièrement aux assureurs-maladie et aux organisations de managed care.

Le rapport montre que l'introduction d'un financement moniste présenterait des avantages notables par rapport au statu quo. Tous les avantages qui pourraient être obtenus par le financement dual fixe (cf. annexe A2) pourraient l'être aussi avec le financement moniste décrit. De plus, le financement moniste procurerait les avantages supplémentaires suivants :

1. Il n'y aurait plus de différence, due au système de subventionnement, entre les coûts des traitements durant une hospitalisation et ceux hors hospitalisation. Comme le choix de la forme de thérapie se ferait «dans la vérité des coûts», l'allocation des prestations de santé serait meilleure au niveau du traitement.
2. Avec un financement moniste, le pourcentage de subventionnement des prestations médicales serait toujours le même, qu'elles soient exécutées durant un traitement hospitalier, semi-hospitalier ou ambulatoire, ce qui supprimerait les problèmes de délimitation entre ces différentes formes de traitement.
3. Les organisations de managed care pourraient déployer pleinement leur potentiel d'économies. Elles bénéficieraient entièrement – et non pas à peine à moitié comme c'est le cas avec un financement dual fixe – de leur taux d'hospitalisation moindre.

4. En l'absence d'autres restrictions portant sur la fixation des primes, les organisations de managed care pourraient répercuter entièrement ces coûts inférieurs sur les assurés en diminuant leurs primes. Leur attractivité et ainsi leur part de marché augmenteraient, ce qui intensifierait la concurrence au niveau des primes dans le domaine des assurances.
5. Le financement moniste fixe la part des coûts qui doit être assumée par les cantons par rapport à l'ensemble des coûts de la santé. Dans un financement dual fixe, la clé de répartition des coûts ne concerne que les coûts des traitements (semi-) hospitaliers. Si ces derniers régressent proportionnellement, la part de financement cantonale à l'ensemble des coûts de la santé diminue également. Le terme dual fixe est dans ce sens trompeur.
6. Contrairement au financement dual fixe, le financement moniste garantirait, en matière de traitements, un financement lié aux prestations et étendu à l'ensemble du territoire (cf. 6.2.c), ce qui augmenterait la transparence, accentuerait la pression en matière d'efficacité et améliorerait l'allocation des ressources.
7. Contrairement au financement dual fixe, le financement moniste ne contient aucune incitation à consolider encore la fragmentation cantonale du secteur hospitalier.

Face à ces avantages, un inconvénient est un léger creusement des écarts de coûts entre assureurs en raison de leurs structures de risques différentes (cf. annexe A8). C'est la raison pour laquelle un renforcement de la compensation des risques serait absolument nécessaire dans un système de financement moniste.

Pour résumer, après le rejet de la 2e révision de la LAMal, on peut conclure qu'il faudrait passer directement à un financement hospitalier moniste, étant donné la réglementation en vigueur, sans transiter d'abord longuement par un financement dual fixe. Cette conclusion s'impose d'autant plus si l'on a l'intention de passer à moyen et à long terme à un modèle fortement orienté sur la concurrence de type «modèle de compétition régulée».

## **7 Financement moniste dans le cadre d'un «modèle de compétition régulée»**

Un autre point du rapport est l'étude des effets d'une variante de financement qui comporte, par comparaison avec la LAMal dans sa forme actuelle, les modifications suivantes : a) financement moniste avec les assureurs-maladie/organisations de managed care comme monistes ; b) fixation dans la LAMal de la part du financement des cantons à l'ensemble des coûts de l'AOS ; c) suppression de l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et hospitalier ; d) suppression des listes des hôpitaux (en confiant aux cantons une planification hospitalière subsidiaire ou la définition d'un standard minimum pour garantir la couverture en soins) ; e) création des conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels dans le système de santé (notamment en supprimant la possibilité de fixer des tarifs d'association et en dotant les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, d'une personnalité juridique propre) ; f) libre choix de la forme de rémunération, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans le domaine ambulatoire ; g) plus grande différenciation et aménagement prospectif de la compensation des risques (institution commune).

De l'avis de l'auteur, par rapport à la situation actuelle, les principaux avantages d'un modèle concurrentiel organisé de cette manière peuvent se résumer ainsi :

1. La suppression de l'obligation de contracter entraînerait, pour la première fois dans le domaine hospitalier, l'apparition de marchés au sens économique, dans lequel les fournisseurs de prestations d'un côté et les acheteurs de prestations de l'autre (assureurs-maladie/organisations de managed care) pourraient agir comme des entités autonomes.

2. A condition que l'on accorde aux hôpitaux publics la marge de manœuvre nécessaire en termes de gestion, le financement moniste permettrait à tous les acteurs, des deux côtés du marché, d'avoir à la fois la compétence décisionnelle et la responsabilité financière.
3. La liberté de contracter, associée à une compensation des risques mieux différenciée, permettrait aux assureurs-maladie et aux organisations de managed care d'entrer en concurrence au niveau des prestations elles-mêmes au lieu de se battre pour attirer les bons risques.
4. La concurrence entre assureurs et organisations de managed care constitue quant à elle le moyen le plus adapté pour inciter les fournisseurs de prestations à avoir un comportement économique.
5. La liberté de choix quant aux assureurs et aux organisations de managed care garantirait finalement que les produits d'assurance et en fin de compte que les soins médicaux correspondent aux préférences des consommateurs.
6. La réintroduction de la liberté de contracter augmenterait la concentration des deux côtés du marché, ce qui n'est pas un problème majeur tant que chaque partie occupe une position (concentration) comparable, parce qu'elles n'ont alors guère la possibilité de tirer profit du système.
7. La création des conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels au système de santé limiterait encore davantage les possibilités d'abus de pouvoir. De plus, les négociations collectives de contrats ne seraient plus possibles. Enfin, les tarifs d'association seraient remplacés par des contrats individuels ou collectifs en fonction de la forme de remboursement voulue.
8. Avec la liberté en matière de contrats, les assureurs et les organisations de managed care pourraient négocier avec les fournisseurs de prestations des systèmes de rémunération alternatifs. On verrait ainsi apparaître des formules innovantes, susceptibles de modifier durablement les incitations pour les fournisseurs de prestations. Il est fort probable en particulier que la rémunération à la prestation, qui explique le fait que l'offre crée la demande, disparaîtrait rapidement.
9. Contrairement à ce qui se passe actuellement les rémunérations négociés entre les partenaires contractuels couvriraient toujours les coûts (à moyen terme). A long terme, les prestations non rentables ne pourraient pas subsister parce qu'elles mettraient en danger l'existence des fournisseurs de prestations. Sous la pression de la concurrence, les marges bénéficiaires plus ou moins élevées sur les prestations auraient tendance à s'égaliser, supprimant ainsi la tendance à «ne prendre que le meilleur», c'est-à-dire à se spécialiser sur des prestations particulièrement rentables.
10. Le financement lié aux prestations, associé à la suppression de l'obligation de contracter, devrait faire changer rapidement le niveau et la structure des capacités hospitalières et les rapprocher des réalités économiques.
11. Le processus attendu de concentration (par spécialité) devrait augmenter durablement la qualité de nombreuses prestations médicales.
12. Dans l'ensemble, on peut s'attendre à ce que, dans le cadre du modèle esquissé ici, celui de la concurrence régulée, l'allocation des ressources dans le domaine hospitalier devienne plus efficace avec le temps.
13. Même si le rôle des cantons devaient être fortement redimensionné, ils conserveraient toute une série de fonctions importantes : garantir des soins d'une qualité suffisante sur l'ensemble de leur territoire, financer les prestations d'intérêt public (formation et recherche, services d'urgence, etc.), exercer la surveillance et accorder les autorisations, être actionnaires (propriétaire) d'hôpitaux publics, etc.

L'auteur voit dans ce « modèle de compétition régulée » trois problèmes majeurs :

1. L'inscription dans la LAMal de la part de financement aurait des conséquences sur la souveraineté des cantons en matière de budget pour autant qu'ils soient tenus de verser des contributions sans disposer des instruments essentiels au contrôle des coûts. C'est déjà plus ou moins le cas pour les subsides cantonaux destinés à la réduction des primes (pas de possibilités de contrôle des coûts dans le domaine ambulatoire), mais dans une moindre mesure. Deux solutions à ce problème sont discutées dans le rapport.
2. Les conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels ne peuvent être que partiellement créées par la Confédération. En particulier, ce sont les cantons/communes qui décident si et dans quelle mesure ils veulent doter leurs hôpitaux d'une personnalité juridique propre et, ce faisant, quels rapports de propriété ils comptent instituer.
3. Si les cantons/communes restent propriétaires des hôpitaux publics, le jeu de la concurrence sera limité du fait de la grande part au marché de ces hôpitaux. Pour ce qui est de la demande, la faible élasticité des prix (primes) va dans la même direction.

## Riassunto

### 1 Definizione di «finanziamento monistico»

Le caratteristiche principali di un finanziamento monistico sono il passaggio da un finanziamento oggettivo al finanziamento soggettivo, da un lato, e il trasferimento della responsabilità di finanziamento (onere del debito) a un attore della parte della domanda, dall'altro, per cui ad ogni fornitore di prestazioni è contrapposto un unico interlocutore per quanto riguarda l'assunzione dei costi. Da dove questo attore tragga le sue risorse rimane aperto. Sono possibili un finanziamento esclusivo mediante premi o imposte o una miscela fra premi e finanziamento fiscale, come quello della LAMal.

I modelli di finanziamento monistico si possono articolare in tre dimensioni: (1) Quale attore assume il ruolo di monista? (2) Come vengono disciplinati giuridicamente i contributi cantonali di finanziamento? (3) Come saranno inseriti nel sistema i contributi di finanziamento dei Cantoni?

Per ognuna di queste tre dimensioni vi sono diverse varianti. Ogni modello di finanziamento monistico è composto da una delle varianti di ognuna delle tre dimensioni. Questi elementi possono, per principio, essere combinati a piacere. Il presente rapporto si limita però alle combinazioni più interessanti dal punto di vista tecnico e politico.

### 2 Chi deve assumere il ruolo del monista?

La questione di quale(i) istituzione(i) debba(no) assumere il ruolo del monista è strettamente legata alla forma di organizzazione del sistema sanitario e del settore ospedaliero considerata auspicabile dal punto di vista politico. Per una sanità fondata sulla concorrenza dei servizi, gli attori interessati possono essere soltanto le assicurazioni malattie, le organizzazioni managed care (OMC) come ad esempio le reti di medici o catene di assistenza integrate con personalità giuridica propria. Per una strutturazione pianificata della sanità, come ad esempio nell'ambito di un modello di budget globale, entrano in linea di conto le regioni ospedaliere (da istituire) o la Confederazione. Per contro, la variante che prevede i Cantoni quali monisti non è raccomandabile.

### 3 Determinazione delle quote di finanziamento cantonali

Il passaggio a un sistema di finanziamento monistico solleva la questione dell'entità delle quote cantonali di finanziamento delle prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria nel loro insieme. Questione politica attualissima, in quanto con la fissazione di questa chiave di finanziamento viene prestabilita la ripartizione degli oneri finanziari. Il finanziamento delle prestazioni assicurative di base è, stante l'entità della riduzione dei premi, tanto più regressivo quanto più è ridotta la quota cantonale e viceversa. La fissazione di questa chiave costituisce una variabile politica. A seconda delle preferenze politiche prevalenti, in caso di passaggio a un sistema monistico si può mantenere costanti, oppure alzare o abbassare, le attuali quote cantonali mediante corrispondenti direttive nella LAMal.

Nel 2000, le quote di finanziamento dei Cantoni sono state del 55 per cento per quanto attiene ai costi ospedalieri e del 34,5 per cento dei costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Attualmente non è possibile calcolare in maniera soddisfacente, mediante modelli di calcolo, quanto cambieranno queste quote nei prossimi anni quale conseguenza dell'entrata in vigore della legge federale sull'adeguamento dei contributi finanziari cantonali (cfr. Tabella 1).



## 4 Disciplinamento legale delle quote di finanziamento cantonali

Una domanda fondamentale a proposito dell'introduzione di un finanziamento monistico è di sapere se, ed eventualmente sotto quale forma, si dovrebbe, a livello federale, prescrivere ai Cantoni la quota di finanziamento che essi devono assumersi. Trattasi di una decisione politica la quale, da un lato, mette in discussione la ripartizione delle competenze fra Confederazione e Cantoni e, dall'altro, incide sul settore della sanità in termini di ripartizione. Nel rapporto sono trattate quattro varianti: (1) una quota minima unitaria vincolante; (2) una partecipazione minima specifica per Cantone ai costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; (3) un quota minima vincolante dei costi ospedalieri nel loro insieme (event. dell'insieme dei costi delle cure ospedaliere); (4) un approccio federalistico con il quale si rinuncia a una prescrizione nella LAMal e la fissazione dei contributi cantonali viene lasciata ai Cantoni stessi.

Nel caso di una decisione a favore di una prescrizione (minima) nella LAMal, l'autore ritiene si debba scegliere la variante (1). Se si auspica una soluzione federale, i Cantoni devono essere posti sullo stesso piano per quanto concerne la quota minima. La variante (2) non lo garantirebbe. Il vantaggio fondamentale della variante (1) rispetto alla variante (3) consiste nel fatto che viene mantenuta costante la quota di finanziamento cantonale anche se la percentuale delle spese ospedaliere sul totale delle spese sanitarie scende. Inoltre, la variante (3) tocca la sovranità finanziaria dei Cantoni come la variante (2), non appena viene soppresso l'obbligo di contrarre. Se non si vuole alcun disciplinamento federale, passa in primo piano la variante (4). Nel caso in cui non entrasse in linea di conto nessuna variante da (1) a (3) per motivi di diritto costituzionale o politici, rimarrebbe soltanto la soluzione (4).

## 5 Come dovranno essere inseriti nel sistema i contributi cantonali?

Nel rapporto vengono presentate sei varianti relative alle modalità di inserimento nel settore della sanità dei contributi finanziari alle singole casse malati/OMC, stabiliti per il periodo precedente a dipendenza dei costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, da un lato, e alla maniera in cui il sistema sanitario è alimentato da parte della domanda, dall'altro: (1) pro capite alle casse/OMC; (2) in parte attraverso un pool di alto rischio (costi elevati) e in parte pro capite alle casse/OMC; (3) conformemente ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del periodo precedente alle casse/OMC; (4) sotto forma di buoni a destinazione vincolata agli assicurati; (5) per intero attraverso il sistema dei contributi per i premi e (6) attraverso bonifici fiscali. Con le varianti (1)-(4) sussisterebbe l'attuale sistema di contributi mediante premi (in forma leggermente modificata); con la variante (5) esso verrebbe radicalmente modificato e nella variante (6) sarebbe del tutto superfluo. Con le varianti (1)-(3) le quote cantonali sarebbero inserite nel sistema attraverso gli assicuratori, nelle varianti (4)-(6) attraverso gli assicurati.

Le sei varianti sono meno differenziate di quanto potrebbe sembrare a prima vista. In tutte le varianti i contributi cantonali per assicurato finiscono dove il singolo assicurato si fa curare, indipendentemente dal fatto che essi siano versati direttamente dal Cantone all'assicurazione (variante 1-3) o agli assicurati (varianti 4-6). Trattasi in tutti i casi di sussidi soggettivi. La trasparenza dei costi per gli assicurati sarebbe evidentemente maggiore nelle varianti (4)-(6), ma i loro premi sarebbero maggiorati rispetto a quelli attuali del 30-40 per cento. Della stessa misura sarebbero i contributi cantonali (varianti 4 e 5) o le riduzioni fiscali (variante 6) di cui beneficerebbero. Se questa maggiore trasparenza dei costi si traduca di per sé stessa in una modifica dei comportamenti degli assicurati è comunque discutibile, in quanto i premi sarebbero finanziati da terzi nella stessa misura di oggi.

Effetti negativi sono da attendersi soprattutto nel caso della variante (3). Gli assicuratori che non si sono prodigati per la diminuzione dei costi verrebbero ricompensati e viceversa. Si tratta di una compensazione dei costi retrospettiva che si vorrebbe appunto eliminare nel quadro di una migliore compensazione dei rischi. Per questo motivo, la variante (3) non entra in linea di conto. Anche con la variante (2) si avrebbero effetti incentivanti indesiderati dopo l'istituzione di pool di rischio elevato o di costi elevati. Le varianti (5) e (6) presentano problemi d'attuazione pratica e politica maggiori anche se proprio la variante (6), da

un'ottica concorrenziale, è piuttosto seducente. Rimangono le varianti (1) e (4) differenziate soltanto per quanto concerne la trasmissione diretta o indiretta dei contributi cantonali attraverso gli assicurati agli assicuratori malattie. La variante (1) è semplice da gestire dal punto di vista amministrativo, più facile da attuare politicamente e si colloca perciò in primo piano. Secondo l'autore (e la maggioranza del gruppo di lavoro), essa presuppone tuttavia un miglioramento della compensazione dei rischi.

## 6 Finanziamento monistico nel disciplinamento vigente

Nell'Allegato A1 del rapporto sono considerati prima di tutto i problemi del finanziamento ospedaliero attuale. Nell'Allegato A2 è trattato il cosiddetto finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa così come avrebbe dovuto essere introdotto nell'ambito della respinta 2a revisione della LAMal. Infine, nel capitolo 6 del rapporto, il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa viene confrontato con la seguente variante di finanziamento monistico: a) finanziamento monistico con gli assicuratori malattie e OMC quali attori monisti; b) il contributo dei Cantoni al finanziamento ai costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene sancito nella LAMal; c) i contributi cantonali vengono versati pro capite agli assicuratori malattie /OMC; d) la remunerazione delle prestazioni avviene nella misura del possibile attraverso importi forfetari per casi in funzione della diagnosi o dell'intervento; e) il disciplinamento della sanità attraverso la LAMal, in particolare l'obbligo di contrarre e la competenza dei Cantoni nell'ambito nella pianificazione ospedaliera, permane.

Nel regime attuale l'introduzione di un finanziamento monistico inciderebbe solo marginalmente sul ruolo dei Cantoni, sotto forma di un leggero decentramento dei compiti. Nel corso di trattative sulle tariffe i Cantoni sarebbero rappresentati solo sul fronte dell'offerta (quali proprietari degli ospedali pubblici) ed eventualmente quali arbitri nelle controversie sulle tariffe. Al contrario, la responsabilità del finanziamento graverebbe completamente, ad eccezione delle prestazioni economiche generali quali l'insegnamento e la ricerca, i servizi di emergenza ecc., sulle casse e le OMC.

Il rapporto mostra che, rispetto allo status quo, l'introduzione di un finanziamento monistico porterebbe vantaggi massicci. Tutti i vantaggi generati dal finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa (cfr. Allegato A2) potrebbero essere realizzati anche con il finanziamento monistico descritto. Inoltre, esso comporterebbe i vantaggi supplementari seguenti:

1. Verrebbe meno il travisamento dei costi fra cure ospedaliere e non ospedaliere determinato dai sussidi, perché la scelta delle forme di terapia avverrebbe all'insegna della «verità dei costi» e di conseguenza vi sarebbe una migliore ripartizione delle prestazioni sanitarie a livello di cura.
2. Con il finanziamento monistico tutte le prestazioni mediche sarebbero sussidiate nella stessa misura, siano esse ospedaliere, parzialmente tali o ambulatoriali. Sparirebbe in tal modo anche la problematica legata alla delimitazione fra queste diverse forme di cura.
3. Le organizzazioni managed care potrebbero realizzare completamente i loro potenziali di riduzione dei costi. Le loro quote ridotte di ospedalizzazione si ripercuoterebbero per intero sui costi, e non solo a metà come avverrebbe con un finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa.
4. Non sussistendo altre restrizioni nella fissazione dei prezzi, le organizzazioni managed care potrebbero riversare completamente i loro costi ridotti sugli assicurati diminuendo i loro premi. Aumenterebbe in tal modo la loro attrattiva e la loro quota di mercato; la concorrenza fra i premi nel settore assicurativo si farebbe inoltre più aspra.
5. Il finanziamento monistico fissa la percentuale dei costi sanitari complessivi che un Cantone deve assumersi. Nel finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa la suddivisione dei costi è riferita soltanto ai costi per cure (parzialmente) ospedaliere. Se questi vengono proporzionalmente ridotti diminuisce anche la quota di finanziamento cantonale ai costi complessivi per la salute. Il termine «duale fissa» è in tal senso fuorviante.

6. Il finanziamento monistico garantirebbe, rispetto al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, un finanziamento nazionale a livello di cure fondato sulle prestazioni (cfr. 6.2.c), con una trasparenza maggiore, un'efficacia più elevata e una migliore distribuzione delle risorse.
7. Il finanziamento monistico, al contrario del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, non incentiva il decentramento cantonale del settore ospedaliero.

A questi vantaggi si contrappone lo svantaggio comportato dal fatto che le differenze di costi fra gli assicuratori riconducibili alle diverse strutture di rischio si acutizzerebbero (cfr. Allegato A8). Nell'ambito del finanziamento monistico, occorrerebbe perciò rafforzare urgentemente la compensazione dei rischi.

Dopo la bocciatura della 2a revisione della LAMal, possiamo concludere affermando che occorrerebbe – dato l'assetto legislativo vigente – passare direttamente a un finanziamento ospedaliero monistico, senza passare per la complicata via traversa di un finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa. Considerazione particolarmente valida se si intende far evolvere a medio e a lungo termine il settore della sanità verso un modello di managed competition fondato sulla concorrenza.

## **7 Finanziamento monistico nel quadro del modello di managed competition**

Nel rapporto sono esaminati gli effetti di una variante di finanziamento che comporta, rispetto alla forma attuale della LAMal, le seguenti modifiche: a) finanziamento monistico con le casse malati/OCM quali monisti; b) fissazione nella LAMal della quota di finanziamento dei Cantoni quale contributo ai costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; c) soppressione dell'obbligo di contrarre nei settori ambulatoriale e ospedaliero; d) soppressione degli elenchi di ospedali (pianificazione ospedaliera sussidiaria e definizione di standard minimi per la garanzia di copertura sanitaria da parte dei Cantoni); e) istituzione delle condizioni per l'applicazione della legge sui cartelli in campo sanitario (in particolare soppressione della possibilità di stabilire tariffe collettive, e conferimento di una personalità giuridica propria agli ospedali pubblici e sovvenzionati dagli enti pubblici); f) libera scelta delle forme di remunerazione già esistenti in particolare nel settore ambulatoriale; h) compensazione dei rischi fortemente differenziata e prospettica (istituzione comune).

Per l'autore, i vantaggi più importanti, rispetto alla situazione attuale, di un modello ispirato alla concorrenza così configurato possono essere riassunti come segue:

1. Attraverso la soppressione dell'obbligo di contrarre si verrebbero a creare per la prima volta nel settore ospedaliero veri e propri mercati in senso economico, i cui attori sarebbero, da un lato, i fornitori di prestazioni e, dall'altro, gli acquirenti di prestazioni (casse malati/OMC) quali unità autonome.
2. Posto che agli ospedali sia garantita la necessaria libertà di manovra imprenditoriale, il finanziamento monistico permetterebbe a tutti gli attori di entrambe le parti del mercato di avere nello stesso tempo la competenza decisionale e la responsabilità del finanziamento.
3. La libertà di contrarre e un compensazione dei rischi fortemente differenziata permetterebbero agli assicuratori malattie e alle organizzazioni managed care di entrare in un vero sistema di concorrenza delle prestazioni (invece che lottare per i «buoni» rischi).
4. La concorrenza tra assicuratori e tra organizzazioni managed care sarebbe il mezzo più appropriato per incoraggiare i fornitori di prestazioni a comportarsi secondo principi economici.
5. La libertà di scelta fra gli assicuratori /OMC garantirebbe la conformità alle esigenze dei consumatori dei prodotti assicurativi e, in ultima analisi, delle prestazioni sanitarie.
6. La reintroduzione della libertà di contrarre aumenterebbe ulteriormente la concentrazione su entrambe le parti del mercato. Questo non costituirebbe alcun problema finché entrambe le parti hanno una

posizione di mercato (concentrazione) simile e quindi non c'è alcun rischio che una o l'altra parte ne approfitti.

7. Con la creazione dei presupposti per l'applicazione della legge sui cartelli nel settore sanitario, le possibilità di abuso di potere verrebbero ulteriormente limitate. Inoltre, non sarebbe più possibile un procedimento comune nelle trattative contrattuali. Infine, le tariffe delle associazioni dovrebbero essere sostituite da convenzioni individuali o collettive.
8. La libertà di contrarre permetterebbe ad assicuratori e organizzazioni managed care di concordare con i fornitori di prestazioni sistemi di remunerazione alternativi. Si potrebbero di conseguenza ipotizzare forme di remunerazione nuove e innovative, suscettibili di modificare in maniera duratura gli incentivi per i fornitori di prestazioni. In particolare, la remunerazione per singola prestazione – unica causa del fenomeno della domanda indotta dagli offerenti – subirebbe presumibilmente in breve tempo un netto ridimensionamento.
9. Contrariamente a quanto avviene oggi, le remunerazioni pattuite tra partner contrattuali (a media scadenza) coprirebbero sempre i costi. A lungo andare le prestazioni non redditizie non avrebbero più ragione di esistere, poiché metterebbero a repentaglio l'esistenza del fornitore di prestazioni. I diversi margini di profitto delle singole prestazioni tenderebbero a compensarsi a vicenda per la pressione della concorrenza. In tal modo verrebbe meno anche la tendenza alla specializzazione nelle prestazioni particolarmente redditizie.
10. Il finanziamento in funzione delle prestazioni combinato alla soppressione dell'obbligo di contrarre dovrebbe implicare un più rapido cambiamento del livello e della struttura delle capacità ospedaliere e una maggiore attenzione alle realtà economiche.
11. Il previsto processo di concentrazione (delle discipline) dovrebbe portare in particolare ad un miglioramento durevole della qualità di molte prestazioni mediche.
12. Nel complesso si può prevedere che con il tempo il modello di concorrenza regolata descritto porti ad una distribuzione più efficiente delle risorse in campo ospedaliero.
13. Anche se il ruolo dei Cantoni ne uscirebbe fortemente ridimensionato, ad essi spetterebbero comunque una serie di importanti funzioni – come la responsabilità di garantire una copertura sanitaria di qualità su tutto il territorio, il finanziamento di prestazioni d'interesse pubblico (spese di formazione e di ricerca, servizi di pronto soccorso, ecc.), l'obbligo di vigilanza e di autorizzazione, l'azionariato negli ospedali pubblici.

L'autore è del parere che nel modello di managed competition descritto vi siano in primo piano soprattutto tre problemi:

1. Mediante la fissazione delle quote a carico nella LAMaI, la competenza decisionale dei Cantoni è toccata nella misura in cui essi sono tenuti a versare i contributi senza disporre degli strumenti essenziali per il controllo dei costi. Situazione parzialmente analoga anche per quanto riguarda i contributi cantonali per i premi (possibilità di controllo dei costi lacunosa nel settore ambulatoriale), ma in misura minore. Nel rapporto si dibattono due possibili soluzioni di questa problematica.
2. Le premesse per l'applicazione della legge sui cartelli possono essere istituite solo in parte dalla Confederazione. In particolare, spetta ai Cantoni e ai Comuni stabilire se e in quale dimensione debba essere conferita una personalità giuridica propria ai loro ospedali e quali rapporti di proprietà intendono istituire in merito.
3. Se i Cantoni/Comuni rimangono proprietari degli ospedali pubblici, la loro concorrenzialità viene limitata dal possesso di una forte quota di mercato. Per quanto riguarda la domanda, l'elasticità ridotta dei prezzi (premi) va nella stessa direzione.

# Summary

## 1 The concept of «monistic funding»

The central features of monistic funding are the shift from object-based financing to subject-based financing on the one hand and the transfer of responsibility for financing (burden of payment) to one player on the demand side; this means that for every service provider there is a payer. The question of where this player obtains its resources is immaterial. Funding can be provided solely from premiums, or from taxes, or from a combination of premiums and taxes; the latter is the method provided for in the Health Insurance Law.

There are three dimensions in which monistic funding models may differ: (1) Which player takes on the role of the sole provider of funding? (2) What legal provisions govern the financial contributions made by the cantons? (3) How are the financial contributions from the cantons fed into the system?

Several versions of each dimension were developed. Each monistic funding model is thus composed of one version (module) on each of these three levels. The modules can basically be put together in any number of combinations. This report covers only those combinations which are viable from an objective and political point of view.

## 2 Who should play the role of the sole provider of funding?

The question of which institution(s) should be the sole provider(s) of funding is closely linked to the question of what organizational form is felt to be the most politically appropriate for the health service or hospital sector. If the aim is to introduce competition into the health service, then funding can only be provided by the health insurance providers and the Managed Care Organizations (MCOs), e.g. networks of doctors or integrated healthcare chains set up as separate legal entities. If the provision of healthcare is meant to form part of a planned economy, e.g. as part of a global budget model, the prime candidates would be hospital regions (which would have to be created) or the federal government. The version featuring the cantons as the sole source of funding cannot be recommended.

## 3 Determining the cantons' contribution to funding

If the system is changed to a monistic funding system, the question arises of what total contribution the cantons should make to financing the benefits provided under basic health insurance. This is a political hot potato because the proportional contribution rates determine the distribution of the financial burden. If premiums remain at a certain level, funding of benefits provided under basic health insurance is increasingly regressive the smaller the cantonal share of funding is, and vice versa. The key used to apportion the burden of payment is vulnerable to political will. Depending on current political preferences, if the system is changed to a monistic system, the proportion now paid by the cantons can either be kept roughly the same, or it can be increased or decreased by modifying the KVG.

In 2000 the cantons contributed 55% of hospital costs and 34.5% of total costs incurred for the mandatory health insurance system. At the moment it is not possible to predict with sufficient accuracy from model calculations how these shares are likely to change once the federal law to modify the cantonal contributions to funding has been implemented (cf. Table 1).

## 4 Legal regulation of the cantons' contribution to funding

A central question raised by the introduction of a monistic funding system is whether, and if so in what form, the proportion of funding which the cantons have to pay should be mandated by the federal government. This is a political decision which affects the allocation of competencies between federal government and the cantons on the one hand and the impact of the health service on the allocation of resources on the other. The report discusses four versions: (1) a binding, uniform minimum share; (2) canton-specific minimum shares of total costs incurred for the mandatory health insurance system; (3) a binding minimum share of total hospital costs (possibly the total cost of in-patient stays) and (4) a federalist approach in which the share paid by the cantons is not regulated at all in the KVG and the cantonal contributions are determined by the cantons.

If a (minimum) share regulated by the KVG is deemed to be the best approach, then the author feels that version (1) should be given preference. If a federal approach is thought to be desirable, then the cantons must be treated equally in terms of the minimum contribution that they make to funding. This would not be the case in version (2). The main advantage of version (1) over version (3) is that it keeps the cantonal share of funding constant even if the share of total healthcare costs accounted for by hospital expenditures declines. In addition, version (3) affects the financial autonomy of the cantons to the same extent as version (2) as soon as the obligation to contract is removed. If the decision goes against federal regulation, then version (4) is the better solution. If the approaches described in versions (1) to (3) were deemed to be unconstitutional or politically inappropriate, the only answer would be to pursue version (4).

## 5 How should the cantonal contributions be fed into the system?

The report discusses six ways of assigning the financial contributions, determined on the basis of the total costs incurred for the mandatory health insurance system in the preceding accounting period, to the individual health insurance providers/MCOs and feeding them into the health system from the demand side: (1) on a per capita basis to the insurance providers/MCOs; (2) partly through a high-risk (high-cost) pool and partly on a per capita basis to the insurance providers/MCOs; (3) as a function of the costs incurred for the mandatory health insurance system in the preceding accounting period to the insurance providers/MCOs; (4) in the form of dedicated vouchers issued to insurees; (5) in full through the (modified) premium system, and (6) through tax rebates. In versions (1) to (4) the present system of premiums would continue to exist (possibly in a slightly modified form), in version (5) it would be changed fundamentally, and in version (6) it would be superfluous. In versions (1) to (3) the cantonal contributions would be fed into the system via the insurance providers, and in versions (4) to (6) they would be paid into the system through the insurees.

These six versions are actually more similar to each other than they appear on first sight. In all the versions, the contributions paid by the cantons per insured person would go to the facilities providing treatment for individual patients, irrespective of whether they were paid directly by the canton to the insurance provider (versions 1 to 3) or paid to the insurees (versions 4 to 6). In all cases, the cantonal contributions represent subject subsidies. Cost transparency for insurees would be considerably greater in versions (4) - (6). The premiums paid by insurees would be around 30 – 40% higher than they are now, but they would receive a contribution from the canton (versions 4 and 5) or a tax rebate (version 6) to the same value. However, it is questionable whether this greater cost transparency would in itself lead insurees to modify their behaviour because the premiums would be financed by a third party to the same extent that they are today.

Version (3), in particular, is likely to create negative incentives. Insurance providers who made no effort to reduce their costs would be rewarded, and vice versa. Again, this a retrospective form of cost compensation of the kind that efforts to improve the risk compensation mechanism are currently trying to eliminate. For this reason, version (3) is not likely to be viable. Version (2), also, could generate negative incentives depending on the way the high-risk or high-cost pool is designed. The implementation of ver-

sions (5) and (6) will cause major practical and political difficulties, even though the principle of version (6), in particular, is appealing from the point of view of competition. This leaves versions (1) and (4), the only real difference between them being that in one the cantonal contributions go directly to the health insurers, in the other they go via the insurees. Version (1) is easier to manage in administrative terms, easier to implement politically, and thus more appropriate. However, the author (with the vast majority of the working group) feels that it cannot be implemented unless the risk compensation mechanism is improved.

## 6 Monistic funding in the current regulatory environment

The report lists the problems associated with the present system of hospital funding in Annex A1. Annex A2 discusses the dual system of funding that would have been implemented if the 2nd revision of the KVG had not been rejected. Chapter 6 of the report compares the dual system of funding with the following approaches to monistic funding: a) monistic funding with the health insurance providers and MCOs as sole providers of funding; b) the share of total costs incurred for the mandatory health insurance system to be paid by the cantons is laid down in the KVG; c) the cantonal contributions are paid on a per capita basis to the insurance providers/MCOs; d) benefits are paid for as far as possible by flat rates per diagnosis or intervention; e) the health system continues to be regulated by the KVG; in particular the obligation to contract and the cantons' responsibility for hospital planning will remain in place.

The introduction of a monistic funding system would barely affect the role played by the cantons under this regime. The function of the cantons would be slightly decentralized because they would formally be represented in tariff negotiations only on the supply side (as the owners of public hospitals) and perhaps as mediators in tariff disputes. Conversely, financial responsibility would pass in full to the insurance providers and MCOs, except for joint services such as teaching and research, emergency services, etc.

The report shows that the introduction of monistic funding would have massive advantages over the current situation. All the advantages of the dual funding system (cf. Annex A2) could also be achieved with the monistic system described here. Monistic funding would also offer the following additional advantages:

1. The distortion of costs between in-patient and non-in-patient treatment caused by the present subsidies would be eliminated. The type of therapy would be selected on the basis of the true costs, and this would mean that health benefits would be allocated more efficiently at the treatment level.
2. In a monistic funding system, all medical benefits would receive the same percentage subsidy, irrespective of whether they were provided on an in-patient, day-patient or outpatient basis. This would eliminate the problem of having to distinguish between these forms of therapy.
3. Managed Care Organizations could exploit their savings potential in full. Their lower rates of hospitalization would be reflected in full as lower costs, and not as the barely 50% cost reduction possible under a dual funding system.
4. If there were no further restrictions on the way premiums are determined, the Managed Care Organizations could pass on these lower costs in full to their insurees in the form of lower premiums. This ought to make them more attractive and thus boost their market share, which in turn would generate greater competition on premiums in the insurance industry.
5. In a monistic funding system, the proportion of the total cost of providing health care that is borne by the cantons would be fixed. In a dual system, the cantons only pay a proportion of the costs of treating in-patients/day-patients. If the proportion of treatment provided on this basis declines, the proportion of total health care costs paid by the cantons declines with it. In this respect, the term «dual funding» is misleading.

6. In contrast to dual funding, a monistic system would ensure comprehensive benefit-oriented funding at the treatment level (cf. 6.2.c). This would increase transparency, intensify the pressure to perform efficiently, and improve the way resources are allocated.
7. In contrast to dual funding, a monistic system offers no incentives to reinforce the fragmentation of the hospital sector by canton.

On the other hand, the disadvantage of the monistic system is that the differences in the costs incurred by the insurance providers as a result of their different risk structures would be intensified slightly (cf. Annex A8). A more robust risk compensation mechanism would therefore be absolutely vital if a monistic system were introduced.

Following the failure of the 2nd revision of the KVG, the conclusion must be that Switzerland should introduce a monistic system for hospital funding – within the existing regulatory environment – immediately and without going through the motions with a dual funding system first. This conclusion is all the more appropriate if the intention is to develop the health service in the direction of a more competitive Managed Competition model in the medium and longer term.

## **7 Monistic funding as part of a Managed Competition model**

The report examines the effect of a form of funding which differs from the provisions of the current KVG in the following respects: a) Monistic funding with the health insurance providers/MCOs as the sole providers of funding; b) The KVG would specify the proportion of the total costs incurred for the mandatory health insurance system which the cantons must finance; c) The obligation to contract would be removed in the outpatient and in-patient settings; d) Hospital lists would be eliminated (subsidiary hospital planning by the cantons, or definition by the cantons of minimum standards to guarantee the necessary level of provision); e) Conditions would be created for applying cartel law in the health service (in particular, the possibility of negotiating tariffs for entire associations would be eliminated, and public or publicly subsidized hospitals would be established as separate legal entities); f) Forms of remuneration could be chosen freely, as is currently the case already in the outpatient setting; h) Risk compensation would be differentiated more strongly and would be equipped with a prospective component (Common Institution under the KVG).

The author feels that the major advantages of a competitive model with these features over the current situation can be summarized as follows:

1. The removal of the obligation to contract would create for the first time markets, in the economic sense of the word, in the hospital sector, within which service providers and purchasers of services (health insurance providers/MCOs) would interact as autonomous traders.
2. Assuming that public hospitals were given the necessary degree of entrepreneurial freedom, the monistic system of funding would mean that decision-making powers and responsibility for funding would be brought together in one place for all players on each side of the market.
3. The freedom to contract and a more strongly differentiated risk compensation mechanism would allow health insurance providers and Managed Care Organizations to compete on a truly performance-related basis (instead of competing to insure the good risks).
4. The competition between insurance providers/MCOs would in turn create a suitable vehicle for offering service providers incentives to work economically.
5. The freedom to choose between insurance providers/MCOs would ensure that the available insurance products and ultimately the medical care provided were in keeping with consumer preferences.



6. The reintroduction of the freedom to contract would further intensify the concentration on both sides of the market. This would not be a serious problem as long as both sides are in a similar position in the market (similarly concentrated) because there would then be no great leeway for exploitation.
7. The creation of conditions for applying cartel law in the health service would further restrict the opportunities for abusing power. Moreover, it would no longer be possible to take a concerted approach to negotiating contracts. Ultimately association tariffs would have to be replaced by individual or group contracts depending on the intended form of remuneration.
8. The freedom to design contracts would enable insurance providers and MCOs to negotiate alternative forms of remuneration with service providers. This would encourage new, even innovative, forms of remuneration which would fundamentally change the incentives for service providers. In particular, it can be assumed that remuneration purely on the basis of items of service – which indeed is the sole cause of the phenomenon of supplier-driven demand – would rapidly be wiped out.
9. In contrast to the present situation, the remunerations agreed by the contracting parties would always cover costs (in the medium term). Unprofitable services would disappear at some point because they would threaten the existence of the service providers. Different profit margins on individual services would tend to converge under the pressure of competition. This would also eliminate the basis for «cherry-picking» in the sense of specializing in particularly profitable services.
10. Benefit-oriented funding in conjunction with the removal of the obligation to contract should result in a rapid change in the level and structure of hospital capacities and greater convergence with economic reality.
11. The expected process of concentration (within a specialism) would bring about a lasting improvement in the quality of many medical services.
12. Overall it can be expected that under this model regulated competition will lead to more efficient allocation of resources in the hospital sector as time goes by.
13. Although the role played by the cantons would shift fundamentally, they would still fulfil a number of very important functions such as ensuring comprehensive provision of adequate health care, funding joint services (teaching and research, emergency services, etc.), the duty of oversight and approval, stakeholder in (owner of) public hospitals, etc.

From the author's point of view, there are basically three main problems associated with the Managed Competition approach described here:

1. Specifying the share of funding provided by the cantons in the KVG would affect the budgetary autonomy of the cantons to the extent that they would be obliged to pay certain contributions without having any major tools for controlling costs. This is also the case to some extent with the cantonal contributions to insurance premiums (they have no way of controlling costs in the outpatient setting), but the problem is less pronounced. The report discusses two possible ways of avoiding this problem.
2. The federal government could only go part of the way towards creating the conditions for applying cartel law. In particular, it is up to the cantons/communes to determine whether and to what extent they wish their hospitals to operate as separate legal entities and what form of ownership they wish to introduce in the process.
3. If the public hospitals remain under the ownership of the cantons/communes, the intensity of any competition will be limited by the high market share held by these hospitals. The low price (premium) elasticity on the demand side will have a similar impact.



# 1 Ausgangslage

Das im Rahmen des KVG 1996 in Kraft gesetzte Modell einer dualen Spitalfinanzierung weist eine Reihe von Problemen und Schwachstellen auf. Diese sind in Anhang A1 detailliert beschrieben.

Im Rahmen der 2. KVG Revision hat der Bundesrat ein stark modifiziertes (dual-fixes) Finanzierungsmodell vorgeschlagen. Dieses soll die Funktionsweise des heutigen Finanzierungssystems verbessern und bestehende Unklarheiten und Abgrenzungsprobleme beseitigen. In Anhang A2 wird unter Punkt 1 zunächst die Spitalfinanzierung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision dargestellt. Abschnitt 2 geht auf die wichtigsten Verbesserungen gegenüber der geltenden Regelung und auf die verbleibenden Schwachstellen ein. In Abschnitt 3 schliesslich werden die vom Ständerat vorgenommenen Modifikationen beschrieben. Im Ständerat wurde die Revisionsvorlage in dieser Form mit nur drei Gegenstimmen gutgeheissen. Der Nationalrat hat die Vorlage zwar gesamthaft knapp abgelehnt. In der Detailberatung zeigte sich jedoch, dass die wesentlichen Elemente des Teilprojekts Spitalfinanzierung ebenfalls mehrheitsfähig waren.

Im Rahmen der Behandlung der Revisionsvorlage hat sich eine Mehrheit der beiden Räte dafür ausgesprochen, dass der Bundesrat innerhalb von fünf (Ständerat) bzw. von drei Jahren (Nationalrat)<sup>1</sup> eine Gesetzesrevision beantragen solle, die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, in welchem den Leistungserbringern nur noch ein Kostenträger gegenüber steht. Im Ständerat war die Übergangsbestimmung bezüglich der monistischen Finanzierung praktisch unbestritten. Im Nationalrat dagegen wurde sie von der Ratslinken bekämpft. Der Widerstand richtete sich dabei nicht grundsätzlich gegen eine monistische Finanzierung als solche<sup>2</sup>, sondern gegen die von bürgerlicher Seite angestrebte Ausgestaltung der monistischen Finanzierung, bei welcher Krankenkassen und Managed Care Organisationen (MCOs) für die Rolle des Monisten im Vordergrund stehen<sup>3</sup>.

An der Klausursitzung vom 22. Mai 2002 beauftragte der Bundesrat das EDI, «realisierbare Modelle für die (...) monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung gewahrt bleiben soll». Am 21. August 2002 genehmigte er die Struktur eines Projektes, das bis Mitte 2003 im Rahmen von vier Teilprojekten die Grundlagen für die 3. Teilrevision des KVG bereitstellen soll. Aufgabe des vorliegenden Gutachtens als eines dieser vier Teilprojekte ist es, Modelle für eine monistische Spitalfinanzierung zu erarbeiten und zu evaluieren.

In der Zwischenzeit ist die 2. KVG-Revision Ende 2003 im Parlament gescheitert. An der Aktualität der vorliegenden Fragestellung ändert sich dadurch allerdings nichts. Ganz im Gegenteil, stellt sich doch nun auch die Frage, ob nicht direkt zu einer monistischen Spitalfinanzierung übergegangen werden könnte statt erst in etwa zehn Jahren. Die Grundproblematik – monistische oder dual-fixe Finanzierung – bleibt ohnehin bestehen.

Die Auswirkungen alternativer Spitalfinanzierungsmodelle können nicht losgelöst vom regulatorischen Umfeld diskutiert werden. Von zentraler Bedeutung sind hier insbesondere der Kontrahierungszwang und die kantonale Spitalplanung als spezielle Form einer Zulassungsbeschränkung. Die wesentlichen Elemente der kantonalen Spitalplanung sind in Anhang A3 dargestellt. Abschnitt 1 beschreibt die geltende Regelung im KVG, während Abschnitt 2 die bisherige Rechtsprechung des Bundesrates bezüglich Spitallisten umreisst. Abschnitt 3 schliesslich geht näher auf die kantonale Spitalplanung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision ein, wie sie auch vom Ständerat übernommen worden ist.

Vom Auftraggeber ist in der Steuergruppe ausdrücklich gewünscht worden, dass neben Änderungen der Anreizstrukturen und der zu erwartenden Verhaltensänderungen der beteiligten Akteure auch Änderungen der Machtverhältnisse im Falle der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems erörtert werden. In Anhang A4 werden daher zunächst die Machtverhältnisse unter der heutigen Ausgestaltung des KVG diskutiert. Es ist wenig erstaunlich, dass die direkt beteiligten Akteure – insbesondere die Kassen und die stationären Leistungserbringer – die Realität gerade in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich beurteilen.

1 Im Rahmen der Detailberatung.

2 Dies kommt auch im Postulat Zisyadis klar zum Ausdruck, das eine monistische Finanzierung mit dem Bund als Monisten fordert.

3 Ein entsprechender Minderheitsantrag, wonach die Finanzierung der Spitalkosten vollumfänglich an die Kantone zu übertragen sei, wurde aber abgelehnt.

## 2 Problemstellung und Zielsetzung

### 2.1 Zum Zusammenhang zwischen Finanzierungs- und Organisationsform des Gesundheitswesens

Grundsätzlich können Gesundheitssysteme – insgesamt wie in Teilbereichen – sowohl plan- als auch marktwirtschaftlich (wettbewerbsorientiert) ausgestaltet werden. Charakteristisch für die planwirtschaftliche Variante ist das Globalbudget<sup>4</sup>, während bei der marktwirtschaftlichen Variante der so genannte regulierte Wettbewerb (managed competition) im Vordergrund steht (Enthoven 1978, 1988; Leu 1993).<sup>5</sup> Im ersten Fall erfolgt die Steuerung der Leistungen über Mengen (Kapazitäten), im zweiten über Preise. Beim regulierten Wettbewerb kommt der Nachfrageseite für die Ressourcenallokation eine zentrale Bedeutung zu, während beim Globalbudgetmodell die Steuerung über die Angebotsseite erfolgt.<sup>6</sup> Bei rein planwirtschaftlichen (Globalbudget-) Modellen liegen Finanzierungs- und Entscheidungskompetenz vollumfänglich beim Staat, während sich im Wettbewerbsmodell Anbieter und Nachfrager gegenüberstellen, die je über die volle Finanzierungs- und Entscheidungskompetenz verfügen. Beide Grundmodelle haben ihre spezifischen Vorzüge und Nachteile. Niemand kann beweisen, dass das eine System eindeutig besser ist als das andere. Der Grund liegt darin, dass neben rein sachlichen Argumenten auch Wertvorstellungen eine grosse Rolle spielen.

Das KVG kombiniert planwirtschaftliche und wettbewerbliche Elemente. Diese Kombination wurde im Abstimmungskampf zur Einführung des KVG als einer der Vorteile der Gesetzesvorlage gepriesen, obwohl sie letztlich einfach einen Kompromiss zwischen zwei politisch ähnlich starken Lagern mit weitgehend konträren Vorstellungen darstellt. Heute mehren sich die Stimmen, welche diese Vermischung von Plan- und Wettbewerbselementen kritisch hinterfragen, weil sie gerade darin eine wesentliche Ursache für die zu beobachtenden Ineffizienzen im Gesundheitswesen sehen.

Der Spitalbereich ist innerhalb des KVG der stärker planwirtschaftlich organisierte Sektor. Die Steuerung erfolgt weitgehend über die Bereitstellung und Zulassung von Kapazitäten im Rahmen der kantonalen Spitalplanung. Die zwischen Kassen und Spitälern/Kantonen ausgehandelten Tarife beeinflussen in erster Linie die Verteilung der Finanzierungslast und sind für die Ressourcenallokation – verglichen mit einem Wettbewerbssystem – von zweitrangiger Bedeutung.

Spitalfinanzierungsmodelle können ohne Einbezug dieser Rahmenbedingungen nicht umfassend diskutiert werden. Eine monistische Finanzierung ist zwar sowohl im Rahmen von planwirtschaftlich organisierten (Globalbudget-)Modellen als auch in wettbewerblichen Systemen möglich. So kann die Finanzierung in planwirtschaftlich organisierten Systemen beispielsweise vollumfänglich durch den Staat (über Steuern) erfolgen, während in wettbewerblich organisierten Modellen Krankenkassen und Managed Care Organisationen als Monisten im Vordergrund stehen. Allerdings sind Bedeutung und Auswirkungen einer monistischen Finanzierung in den beiden Systemtypen völlig unterschiedlich. Insbesondere sind die Effizienzgewinne, die sich die Befürworter einer monistischen Finanzierung von deren Einführung versprechen, zu einem guten Teil nur realisierbar, wenn zu einer wettbewerblichen Organisation des Spitalbereichs übergegangen wird, d.h. wenn der Kontrahierungszwang und als Folge davon auch die kantonalen Spitalisten aufgehoben werden.

### 2.2 Zum Begriff «monistische Finanzierung»

Der Übergang zu einer monistischen Finanzierung unter Beibehaltung des Kontrahierungszwanges bedeutet zunächst einfach, dass die von den Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen von jeweils

---

<sup>4</sup> Globalbudgetmodelle gehören definitionsgemäss zu den planwirtschaftlich organisierten Systemen, während planwirtschaftliche Systeme nicht zwingend im Rahmen eines Globalbudgets (prospektiv) organisiert sein müssen.

<sup>5</sup> Auch unter den marktwirtschaftlich orientierten GesundheitsökonomInnen besteht Einigkeit, dass der Marktmechanismus im Gesundheitswesen gewisser gesetzlicher Rahmenbedingungen bedarf, um im gewünschten Sinn zu funktionieren. Man spricht in diesem Fall von reguliertem Wettbewerb (vgl. Abschnitt 7).

<sup>6</sup> Geplant wird selbstverständlich auch in marktwirtschaftlichen Systemen. Die Pläne werden aber von den einzelnen Wirtschaftssubjekten erstellt und durch den Preismechanismus koordiniert. In planwirtschaftlichen Systemen erfolgt die Planung demgegenüber durch den Staat auf regionaler oder nationaler Ebene.

einem Akteur bezahlt werden. Im dual-fixen System der 2. KVG-Revision werden die Kosten demgegenüber je hälftig von zwei Akteuren finanziert (Kassen und Kantone). Kennzeichnend für monistische Finanzierungsmodelle ist also, dass die formale Finanzierungsverantwortung (Zahllast) ausschliesslich bei einem Akteur liegt. Es gibt nur noch eine Zahlstelle, an welche eine Rechnung jeweils eingereicht werden kann und welche diese Rechnung nach erfolgter Kontrolle auch begleicht. Woher dieser Akteur seine Mittel bezieht, bleibt dabei offen. Möglich sind eine ausschliessliche Finanzierung über Prämien, eine ausschliessliche Finanzierung über Steuern oder eine Mischung zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung, wie sie auch das KVG kennt. Ob die Prämien pauschal, einkommensabhängig oder risikogerecht ausgestaltet sind, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle.

Weil bei der monistischen Finanzierung offen bleibt, welcher Anteil über Steuern und welcher Anteil über Prämien finanziert wird, lässt sich auch a priori keine Aussage darüber machen, ob ein Wechsel zu einem monistischen System die Finanzierung regressiver oder weniger regressiv machen würde. Vorstellbar ist einmal, dass die Finanzierungsaufteilung, die sich nach Einführung des dual-fixen Systems gemäss 2. KVG-Revision ergibt, beibehalten wird. In diesem Fall würde sich an der Verteilung der Finanzierungslast nach Einkommen nichts ändern. Eine Erhöhung des Anteils der kantonalen Steuern würde die Regressivität der Finanzierung demgegenüber reduzieren, während eine Reduktion dieses Anteils sie erhöhen würde. Der Übergang zu einer monistischen Finanzierung würde somit nicht zwangsläufig zu einem Prämien sprung führen, wie das gelegentlich behauptet wird. Ein auf den Wechsel zur monistischen Finanzierung zurückzuführender Prämienanstieg ergäbe sich nur, wenn gleichzeitig der Kantonsanteil an der Finanzierung der Gesundheitskosten reduziert würde. Welcher Anteil der Gesundheitskosten über Steuern und welcher über Prämien finanziert werden soll, ist indessen eine politische Entscheidung, die unabhängig von der Frage der monistischen Finanzierung getroffen werden muss.

Monistische Finanzierung bedeutet für sich genommen auch nicht, dass der Kontrahierungszwang und damit die kantonale Spitalplanung zwangsläufig aufgehoben werden müssten. Eine monistische Finanzierung ist auch bei einer integralen Planung der Spitalkapazitäten durch die Kantone<sup>7</sup> möglich (vgl. Kapitel 6). Der Wechsel auf eine monistische Finanzierung bedeutet unmittelbar nur, dass Finanzierungsströme (Geldflüsse) auf der Nachfrageseite umgelenkt werden. Dies lässt sich auch in einem auf der Angebotsseite planwirtschaftlich organisierten System bewerkstelligen. Dass eine monistische Finanzierung mit dem Vertragszwang zwischen Kassen und Leistungserbringern kombiniert werden kann, zeigt der ambulante Bereich, in welchem die Krankenkassen bereits heute die Rolle des Monisten spielen.<sup>8</sup> Eine monistische Finanzierung setzt die Aufhebung des Vertragszwanges also nicht zwingend voraus. Allerdings kommen die effizienzfördernden Wirkungen einer monistischen Finanzierung erst bei einer Lockerung oder Aufhebung des Vertragszwanges voll zur Geltung.

Unterschieden werden muss auch zwischen monistischer Finanzierung einerseits und Vergütung der stationär erbrachten Leistungen andererseits. Die Frage der Vergütungsform stellt sich in jedem Finanzierungsmodell. Die gescheiterte zweite KVG-Revision beispielsweise sah im Rahmen der dual-fixen Finanzierung der Spitalkosten eine Vergütung über Pauschalen vor, wobei letztlich Fallpauschalen im Vordergrund stehen (in den Bereichen, in denen sie angewendet werden können). In verschiedenen Kantonen (Waadt, Zürich) werden Spitalleistungen bereits heute über Fallpauschalen abgerechnet, in weiteren (z.B. Bern) ist eine Einführung geplant. Die Vorzüge und Probleme einer Vergütung über (Fall-)Pauschalen sind genau die gleichen, unabhängig davon, ob die Finanzierung der Spitalkosten dual oder monistisch erfolgt. Entsprechend muss in der Diskussion strikt zwischen diesen beiden Frage- bzw. Problemstellungen unterschieden werden. Die monistische Finanzierung kann grundsätzlich mit jeder Vergütungsform verknüpft werden. Probleme, die mit der Vergütungsform zusammenhängen, können jedoch nicht der monistischen Finanzierung angelastet werden. Anhang A5 fasst die wichtigsten Probleme einer Vergütung über diagnosespezifische Fallpauschalen zusammen.

<sup>7</sup> Bzw. durch Regionen oder den Bund.

<sup>8</sup> Sieht man von Franchise, Selbstbehalt und Direktzahlungen der Versicherten einmal ab.

## 2.3 Problemstellung und Zielsetzung

Mit der dualen Finanzierung der Spitalleistungen durch Krankenkassen und Kantone sind verschiedene Probleme verbunden. Es stellt sich daher die Frage, ob diese Probleme durch einen Übergang zu einer monistischen Finanzierung behoben werden könnten. Die nachfolgend dargestellten Überlegungen zeigen, dass die monistische Finanzierung ihrerseits mit gewissen Problemen behaftet ist. Entsprechend geht es darum, Vor- und Nachteile der dual-fixen und der monistischen Finanzierung möglichst umfassend aufzuzeigen und gegeneinander abzuwägen. Dabei werden auch Änderungen im regulatorischen Umfeld miteinbezogen. Eine monistische Finanzierung ist wie erwähnt sowohl im geltenden KVG als auch in einem Wettbewerbssystem realisierbar. Die heutige duale Finanzierung ist demgegenüber mit einer wettbewerbsorientierten Ausgestaltung des Gesundheitswesens, insbesondere der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, nicht kompatibel.

Ziel des vorliegenden Expertenberichtes ist es, verschiedene Modelle einer monistischen Finanzierung im Detail zu entwickeln und Vor- und Nachteile im Vergleich zum dual-fixen Finanzierungsmodell gemäss 2. KVG-Revision (Version Ständerat) herauszuarbeiten. Dabei soll auftragsgemäss u.a. auf die folgenden Fragen eingegangen werden:

- Wie wird die Gesamtsumme des steuerfinanzierten Anteils (Kantonsanteil) bestimmt und in die Kantonsanteile aufgesplittet?
- Sollen die Kantonsanteile an der Finanzierung der OKP-Kosten auf Bundesebene festgeschrieben werden?<sup>9</sup>
- Wenn ja, wie kann der Kantonsanteil rechtlich erzwingbar zur Zahlung abgesichert werden, so dass der Anteil an den Krankenversicherungskosten konstant bleibt?
- Werden die KVG-Prinzipien (Solidarität, Transparenz etc.) gestärkt oder geschwächt?
- Hat eine Wettbewerbslösung angesichts der realen Macht- und Anreizverhältnisse sowie des (Verbands)politischen Kräfteverhältnisses eine reelle Chance, die angestrebten Wirkungen zu entfalten?
- Wird das unternehmerische Prinzip «Wer die Unternehmensentscheide fällt, muss auch die finanzielle Verantwortung tragen» verwirklicht?
- Werden die Anreize der verschiedenen Akteure zur nachhaltigen Kostendämpfung verstärkt?
- Wird die Prämienbelastung der Bevölkerung erhöht, ergeben sich allenfalls Verschiebungen in der Belastung? Erfolgt auf der steuerlichen Seite eine (spürbare) Entlastung?

Die zentrale (übergeordnete) Frage aus ökonomischer Sicht lautet, ob durch den Übergang zu einer monistischen Finanzierung die Effizienz des Gesundheitswesens und damit die Wohlfahrt der Bevölkerung gesteigert werden kann.

---

<sup>9</sup> Diese Fragestellung wurde an der Sitzung der Steuergruppe vom 30.1.03 zusätzlich mit der Absicht aufgenommen, auch «föderalistische» Lösungen zu diskutieren.

## 3 Vorgehen

### 3.1 Projektorganisation

Es wurden vier Sitzungen im Rahmen der Arbeitsgruppe durchgeführt, und zwar am 22.10.2002, am 10.01.2003, am 28.02.2003, und am 25.03.2003. An der ersten Sitzung wurden die Aufgaben der Arbeitsgruppe, Zeit- und Arbeitsplan sowie die Eingrenzung der Arbeit festgelegt. Für die drei verbleibenden Sitzungen wurde jeweils ein Zwischenbericht verteilt und diskutiert. Ein vierter Zwischenbericht mit der Möglichkeit für schriftliche Stellungnahmen wurde im Anschluss an die letzte Arbeitsgruppensitzung verschickt. Daneben wurden weitere Arbeitssitzungen mit Vertretern der in der Arbeitsgruppe einsitzenden Interessengruppen und Institutionen<sup>10</sup> durchgeführt. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe haben zusätzlich (mehrfach) zu den Zwischenberichten schriftlich Stellung genommen und wertvolle Inputs geliefert.

Angesichts der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe mit Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen und der Komplexität der Zusammenhänge wurde zum vornherein darauf verzichtet, ein Konsenspapier zu erstellen. Es handelt sich beim vorliegenden Manuskript vielmehr um einen Expertenbericht, wobei die Vorstellungen, Anliegen und Kritiken der einzelnen Mitglieder der Arbeitsgruppe möglichst berücksichtigt wurden. Für die im folgenden vertretenen Ansichten ist aber ausschliesslich der externe Experte verantwortlich.

Zusätzlich zu den durch das BSV vorgegebenen Arbeiten wurde ein Untergutachten an S. Spycher (Büro BASS) in Auftrag gegeben mit dem Ziel, abzuklären, welche Auswirkungen die Einführung einer monistischen Finanzierung auf den Risikoausgleich haben könnte. Dieses Gutachten ist als Anhang A8 an den vorliegenden Bericht angehängt.

### 3.2 Inhaltliches Vorgehen

Im folgenden Abschnitt 4 soll zunächst eine möglichst umfassende Auslegeordnung denkbarer Modellvarianten erstellt werden. Diese Modelle können sich in drei Dimensionen unterscheiden und werden entsprechend diesem Raster diskutiert:

- (1) Welcher Akteur soll die Rolle des Monisten übernehmen?
- (2) Wie sollen die kantonalen Finanzierungsbeiträge rechtlich geregelt werden?
- (3) Wie sollen die kantonalen Finanzierungsbeiträge ins System eingespeist werden?

Für jede dieser Dimensionen werden mehrere Varianten entwickelt. Jedes monistische Finanzierungsmodell setzt sich dann aus je einer Variante (einem Baustein) auf jeder dieser drei Ebenen zusammen. Diese Bausteine lassen sich im Prinzip beliebig miteinander kombinieren. Wir beschränken uns in unseren Ausführungen auf diejenigen Kombinationen, die unter sachlichen und politischen Gesichtspunkten im Vordergrund stehen.

Bedeutung und Auswirkungen monistischer Finanzierungsmodelle unterscheiden sich je nach regulatorischem Umfeld. Diesem Sachverhalt wird dadurch Rechnung getragen, dass die monistischen Finanzierungsmodelle in den Kapiteln 6 und 7 unter zwei alternativen regulatorischen Regimes untersucht werden: a) Regulierung gemäss der letztlich gescheiterten 2. KVG-Revision (Version Ständerat) und b) Regulierung gemäss dem managed competition – Ansatz (Vertragsfreiheit, subsidiäre Rolle für kantonale Spitalplanung, Ausdehnung des Geltungsbereichs des Kartellgesetzes auf das Gesundheitswesen etc.).

---

<sup>10</sup> Z.B. H+ und santésuisse.

Entscheidend ist letztlich die Frage, ob monistische Finanzierungsmodelle der dual-fixen Finanzierung überlegen sind. Diese Frage ist nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision Ende 2003 aktueller denn je, weil sich nun zusätzlich die Frage stellt, ob nicht direkt zu einer monistischen Finanzierung übergegangen werden könnte. Entsprechend werden die Stärken und Schwächen der monistischen Finanzierungsmodelle mit dem Finanzierungsmodell gemäss der gescheiterten 2. KVG-Revision (Version Ständerat) verglichen. Es handelt sich dabei um einen Vergleich zweier hypothetischer Situationen, die sich nur begrenzt über Modellrechnungen quantitativ abstützen lassen. Alle Aussagen sind daher mit einer gewissen Unsicherheit behaftet und müssen mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Aufgrund der in Abschnitt 1 beschriebenen Willensäusserung des Parlamentes im Jahr 2002 wird im vorliegenden Teilprojekt schwergewichtig die Einführung einer monistischen Finanzierung mit den Krankenkassen und den MCOs als Monisten, also in einem wettbewerbsorientierten Umfeld, untersucht. Solange an den Eckwerten des heutigen KVG, insbesondere am Kassenwettbewerb, festgehalten werden soll, macht es wenig Sinn, die Kantone oder den Bund mit der Rolle des Monisten zu betrauen. Die Übertragung der gesamten Finanzierungsverantwortung an den Staat (Kantone, Bund) würde vielmehr eine grundlegende Neuorientierung des KVG in Richtung auf ein Globalbudgetmodell voraussetzen. Die Entwicklung eines auf schweizerische Verhältnisse ausgerichteten Globalbudgetmodells mit monistischer Finanzierung würde den Rahmen des vorliegenden Teilprojektes jedoch sprengen. Entsprechend beschränken wir uns diesbezüglich auf einige grundsätzliche Überlegungen in Abschnitt 4.1.

## 4 Monistische Finanzierungsmodelle

### 4.1 Wer soll die Rolle des Monisten übernehmen?

In Frage kommen für die Übernahme dieser Funktion grundsätzlich (a) Krankenversicherer und Managed Care Organisationen, (b) eine Einheitskasse auf regionalem oder nationalem Niveau, (c) die Kantone, (d) der Bund und (e) zu schaffende kantonsübergreifende Spitalregionen.

#### 4.1.1 Krankenversicherer und Managed Care Organisationen (MCOs)

Analog zum Teilprojekt Managed Care gehen wir von der Prämisse aus, dass es innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) weiterhin Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen geben soll. Die Möglichkeit, dass die gesamte OKP im Rahmen von Managed Care Modellen organisiert ist, wird vorerhand als unrealistisch betrachtet und nicht weiter verfolgt. Für die im folgenden anzustellenden Überlegungen spielt es dabei keine Rolle, ob das heutige System der Modellwahl beibehalten wird (Managed Care Modelle als wählbare besondere Versicherungsform) oder ob das System «umgedreht» wird, indem die OKP mehrheitlich nach Managed Care Prinzipien organisiert wird, mit der Möglichkeit für die Versicherten, gegen einen Prämienzuschlag oder eine höhere Kostenbeteiligung im klassischen Versicherungsmodell zu verbleiben. Diese Frage ist Gegenstand des Teilprojektes Managed Care. Im vorliegenden Zusammenhang geht es lediglich darum, abzuklären, wie die verschiedenen Versicherungsmodelle in eine monistische Finanzierung des Gesundheitswesens eingebunden werden können.

Ebenfalls von zweitrangiger Bedeutung ist in diesem Zusammenhang (wiederum im Gegensatz zum Teilprojekt Managed Care) die Definition von Managed Care Modellen. Gemäss KVG ist das wesentliche Merkmal von Managed Care Modellen die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer (Art 41 Abs. 4 KVG). Wie im Teilprojekt Managed Care richtigerweise betont wird, können jedoch nicht alle besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer bereits als Managed Care Modelle bezeichnet werden. In der Literatur spricht man in der Regel erst dann von Managed Care Modellen, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind, nämlich die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten (Budgetverantwortung) und die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen (vgl. z.B.



Baumberger 2001). Die Arbeitsgruppe Managed Care erwähnt als zusätzliche Bedingung die Steuerung des Prozesses der Leistungserbringung. Die Einführung einer monistischen Finanzierung muss demgegenüber alle existierenden (besonderen) Versicherungsformen als mögliche Monisten miteinbeziehen, also auch die Prämiensparmodelle.<sup>11</sup> Demzufolge wird der Begriff Managed Care hier synonym zum Begriff der besonderen Versicherungsform gemäss KVG verwendet.

Von Bedeutung ist im vorliegenden Zusammenhang demgegenüber, ob es sich bei der Managed Care Organisation um eine juristische Person handelt. Nur in diesem Fall kann sie Vertragspartnerin von Versicherungen und stationären Leistungserbringern sein und damit auch die Rolle des Monisten übernehmen. Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, dass eine MCO nicht als Monist auftritt, sondern dass das je nach Vereinbarung zwischen MCO und Versicherer weiterhin der Versicherer ist.<sup>12</sup> Als Monist kommen neben den Krankenversicherern und den von ihnen angebotenen besonderen Versicherungsformen somit alle rechtlich unabhängigen «Organisationen von Leistungserbringern» in Frage. Im Vordergrund stehen Ärztenetzwerke sowie Leistungserbringer in integrierten Versorgungsketten, welche in der Form einer juristischen Person organisiert sind.<sup>13</sup>

Krankenversicherer und Managed Care Organisationen stehen aufgrund der geltenden Ausgestaltung des KVG für die Rolle des Monisten im Vordergrund; sie nehmen diese Funktion bereits heute im ambulanten Bereich wahr. Soll das Gesundheitswesen stärker wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, kommen nur sie für diese Rolle in Frage. Die Effizienz der wettbewerblichen Organisation beruht ja gerade darauf, dass sich bei der Markttransaktion unabhängige Anbieter und Nachfrager gegenüberstehen. Die Kantonsbeiträge fliessen den Kassen und MCOs direkt oder über die Versicherten zu (vgl. Abschnitt 4.4). Dadurch entfällt die Verzerrung in der Finanzierung zwischen ambulanten und (teil-)stationären Leistungen. Anders ausgedrückt: Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen werden prozentual im gleichen Umfang subventioniert. Managed Care Organisationen könnten die vollen Kosteneinsparungen durch die reduzierte Nutzung von Spitalleistungen realisieren und an die Versicherten weitergeben. Die Nachfrageseite würde tendenziell gestärkt. Bei einer Aufweichung oder Aufhebung des Kontrahierungszwanges wären Entscheid- und Finanzierungskompetenz bei den gleichen Institutionen vereinigt.

#### 4.1.2 Regionale oder nationale Einheitskasse

Von einem Mitglied der Arbeitsgruppe wurde angeregt, Ausgestaltung und Auswirkungen einer monistischen Finanzierung zu untersuchen, wie sie sich im Fall einer (regionalen oder nationalen) Einheitskasse ergäben. Im Fall einer Einheitskasse gibt es auf der Nachfrageseite definitionsgemäss nur einen Akteur (Monopson). Herrscht Kontrahierungszwang, und können die Versicherten unter den Listenspitälern frei wählen, ist auch die Macht des Monopsonisten begrenzt. Im dual-fixen System übernehme die Einheitskasse alle Spitalrechnungen zur Hälfte. Alle Nachteile der dualen Finanzierung würden weiterbestehen.<sup>14</sup> Ein Übergang zur monistischen Finanzierung hätte im Prinzip die gleichen Auswirkungen wie im heutigen System des Kassenwettbewerbs. Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen würden finanzierungsmässig gleichgestellt, die Benachteiligung der MCOs würde aufgehoben, die Rollenakkumulation der Kantone würde leicht entschärft und die Nachfrageseite würde gestärkt.

Es geht im vorliegenden Gutachten ausdrücklich nicht darum, die Vor- und Nachteile einer regionalen oder nationalen Einheitskasse mit dem bestehenden System des Kassenwettbewerbs zu vergleichen. Auf ein Problem muss aber trotzdem hingewiesen werden. Die Gegner einer monistischen Finanzierung weisen immer wieder darauf hin, dass ein solches Finanzierungsmodell «alle Macht den Kassen» zuspiele. Offensichtlich wäre diese Problematik um ein Vielfaches grösser, wenn man den heutigen Kassenwettbewerb durch eine Einheitskasse ersetzte. Dies wird sofort deutlich, wenn man sich die Situation bei Aufhebung des Vertragszwanges vorstellt. Die Leistungserbringer sähen sich dann – regional

11 Alternativ könnte man sich auf den Standpunkt stellen, dass gerade im Rahmen der Einführung einer monistischen Finanzierung gezielt nur MCOs im engeren Sinne als Monisten berücksichtigt und damit gefördert werden sollten.

12 Diesen Hinweis verdanken wir M. Moser.

13 Die Frage, wie MCOs gefördert werden können, steht im Zentrum des Teilprojekts «Managed Care» und wird hier auftragsgemäss nicht behandelt. Ebenfalls nicht behandelt wird hier die Frage der Vergütungsform.

14 Dies trifft natürlich nicht auf die Problematik der Risikoselektion zu.

oder gesamtschweizerisch – einem einzigen Nachfrager gegenüber, der eine unumschränkte Entscheidungs- und Finanzierungskompetenz besässe. Die Problematik einer solchen Lösung ist offensichtlich, und die Frage der institutionellen Ausgestaltung bislang ungelöst.

#### **4.1.3 Kantone**

Die Kantone sind heute der einflussreichste Akteur im Spitalsektor. Sie finanzieren die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler zu mehr als der Hälfte (vgl. Tabelle 1 in Abschnitt 4.2.1), besitzen oder subventionieren rund 80% der gesamten Spitalkapazitäten, und bestimmen via Spitalplanung und Investitionen Umfang und Struktur dieser Kapazitäten. Tarifverhandlungen führen sie zwar mit den Kassen, aber bei Tarifstreitigkeiten kommt ihnen auch gleich die Rolle des Schiedsrichters zu. Was liegt also näher, als den Kantonen auch noch die gesamte Finanzierungskompetenz zu übertragen?

Es gibt eine Reihe von Gründen, die gegen eine solche Lösung sprechen. Soll die Grundphilosophie des KVG, insbesondere der Kassenwettbewerb, erhalten bleiben, macht eine solche Variante wenig Sinn. Die stationäre Versorgung im Bereich der KVG-Leistungen wäre damit ausschliesslich Sache der Kantone, weil sie nun zusätzlich auch noch die volle Finanzierungsverantwortung hätten. Alle Rechnungen müssten an die Kantone eingereicht werden, die sie überprüfen und anschliessend begleichen würden. Die Funktion der Kassen würde sich darauf reduzieren, Prämien einzutreiben und gemäss Rechnungsstellung durch die Kantone an diese weiterzuleiten. Die kantonale Zersplitterung des Gesundheitswesens würde weiter zementiert. Die Kantone müssten als Leistungseinkäufer mit den eigenen oder den von ihnen subventionierten Spitalern Tarife aushandeln.

Weitere Probleme kommen dazu. Die öffentlichen Mittel würden im (teil-)stationären Sektor bleiben, mit der Folge, dass die Kostenverzerrung zwischen nicht subventionierten ambulanten und subventionierten (teil-)stationären Leistungen erhalten bliebe; die Kantone würden als Monisten im stationären, die Kassen im ambulanten Bereich agieren. Ebenfalls weiter bestehen bliebe die Benachteiligung der Managed Care Organisationen. Die Rollenakkumulation der Kantone würde verstärkt, und die Nachfrageseite mit der Angebotsseite fusioniert.

Eine Übertragung der vollen Entscheidungs- und Finanzierungskompetenz an die Kantone würde voraussetzen, dass die Grundphilosophie des KVG grundlegend in Richtung auf ein Globalbudgetmodell verändert wird. Zumindest im Moment scheint das aber nicht die von einer Mehrheit der gewählten Volksvertreter bevorzugte Position zu sein. Ausserdem wäre selbst dann eine Übertragung der Rolle des Monisten an den Bund oder an Spitalregionen nach den bisherigen Erfahrungen mit der kantonalen Spitalplanung eindeutig vorzuziehen.

#### **4.1.4 Bund**

Schliesslich wurde in der Steuergruppe – notabene vom FMH-Präsidenten – der Wunsch geäussert, eine Variante mit dem Bund als Monisten miteinzubeziehen. Bleibt man im Rahmen des geltenden KVG, erscheint diese Variante als wenig zweckmässig. Krankenkassen und Kantone müssten in diesem Fall ihre Finanzierungsbeiträge an den Bund überweisen. Sämtliche Rechnungen müssten an den Bund gestellt werden, der sie dann – nach erfolgter Kontrolle durch eine bislang nicht existierende Stelle – mit den Mitteln der Kantone und der Kassen begleichen würde. Die Spitalplanung wäre weiterhin Sache der Kantone.

Ein alternatives Finanzierungsmodell mit dem Bund in der Rolle des Monisten wird im Postulat Zisyadis gefordert. Danach wären die Spitalkosten vollumfänglich über Steuern zu finanzieren, während die Krankenkassen nur noch für die ambulanten Behandlungskosten aufzukommen hätten. Bezogen auf das Jahr 2000 ergäbe sich daraus eine Reduktion der Prämiensumme um rund 44 Prozent. Nach Ansicht der Postulanten würde dies einen Wechsel vom System der Kopfprämien zum System der Familienprämie erlauben (Abschaffung der Prämien für Kinder). Selbstverständlich müssten in diesem Fall entweder die Bundessteuern erhöht oder die Ausgaben in anderen, vom Bund finanzierten Bereichen entsprechend reduziert werden.

Die Rolle der Kantone wird im Postulat nicht angesprochen. Entsprechend sind mehrere Varianten vorstellbar. Eine erste Möglichkeit bestünde darin, dass der Bund nur den heute von den Kassen finanzierten Teil der gesamten Spitalkosten übernehme, während der verbleibende Teil wie bis anhin von den Kantonen getragen werden müsste. Die Kantone müssten in diesem Fall ihre Finanzierungsbeiträge an den Bund abliefern, der ja explizit als Monist vorgesehen ist, wären aber weiterhin für die Spitalplanung verantwortlich. Die Belastung des Bundeshaushaltes würde auf Basis der Kosten im Jahr 2000 um 3.8 Mio. Franken ansteigen (vgl. Tabelle 2 in Anhang A8), während die Belastung der Kantone unverändert bliebe.

Problematisch an dieser Variante ist, dass die Finanzierungskompetenz beim Bund, die Entscheidungskompetenz demgegenüber bei den Kantonen läge (Spitalplanung, Spitallisten). Ausserdem würde die Finanzierung durch zwei verschiedene Monisten erfolgen, die Kassen im ambulanten und den Bund im stationären Bereich. Es ist anzunehmen, dass davon weiterhin Verzerrungen im Verhalten der beteiligten Akteure ausgehen würden. Im Spitalbereich würde eine neue vermischte Aufgabenzuständigkeit zwischen Bund und Kantonen aufgebaut, welche den Anforderungen des Neuen Finanzausgleichs (NFA) nicht mehr genügen würde. Generell ist davon auszugehen, dass bei einer so massiven Lastverschiebung in Richtung Bund der NFA neu überdacht werden müsste.<sup>15</sup>

Eine zweite Variante bestünde darin, dass der Bund die gesamten Spitalkosten übernehme. Auf Basis der Kosten im Jahr 2000 entspräche dies einer Zusatzbelastung des Bundeshaushaltes in Höhe von 8.44 Mia. Franken, während sich die Kantone in der Grössenordnung von 4.65 Mia. Franken entlasten könnten (vgl. Tabelle 2 in Anhang A8). Alle oben genannten Einwendungen treffen auch auf diese Variante zu, mit einer Ausnahme: Die Finanzierung des stationären Sektors läge vollumfänglich beim Bund (keine Mischfinanzierung).

Aus ökonomischer Sicht ist eine Variante mit dem Bund als Monist nur dann sinnvoll, wenn dem Bund gleichzeitig sowohl die Planungskompetenz als auch die Finanzierungsverantwortung zugeordnet wird. Wir befänden uns damit in einem zentral gesteuerten Globalbudgetmodell, und zwar entweder nur für den stationären Bereich oder dann für das gesamte Gesundheitswesen, vergleichbar etwa zum NHS in Grossbritannien. Die Ausarbeitung eines solchen Modells für die Schweiz müsste wie erwähnt im Rahmen einer zusätzlichen Expertise erfolgen. Es würde nicht nur eine Umkrempelung des NFA bedingen, sondern auch eine Verfassungsänderung voraussetzen.

#### 4.1.5 Kantonsübergreifende Spitalregionen

Wenn einer staatlichen Spitalplanung der Vorzug gegeben wird, wäre unter rein sachlichen Gesichtspunkten die Bildung von 5–7 Spitalregionen mit einer Bevölkerung von je 1–1.5 Mio. Personen wohl am vorteilhaftesten. Es würde sich dabei um Kooperationen von Kantonen handeln, wobei die Grenzen der Spitalregionen nicht zwingend mit bestehenden Kantongrenzen zusammenfallen müssten. Zu schaffende interkantonale Institutionen wären dann sowohl für die Spitalplanung als auch für die Finanzierung in diesen Regionen zuständig. Angesichts der zu erwartenden politischen Schwierigkeiten und Widerstände hätte eine solche Lösung wohl nur langfristig echte Realisierungschancen.

#### 4.1.6 Fazit

Die Frage, welche Institution(en) die Rolle der Monisten übernehmen sollte(n), ist eng verknüpft mit der politisch als erwünscht betrachteten Organisationsform des Gesundheitswesens bzw. des Spitalsektors. Soll das Gesundheitswesen wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, kommen nur die Krankenversicherer sowie die Managed Care Organisationen (z.B. Ärztenetzwerke oder integrierte Versorgungsketten) mit eigener Rechtspersönlichkeit dafür in Frage. Bei planwirtschaftlicher Ausgestaltung des Gesundheitswesens, z.B. im Rahmen eines Globalbudgetmodells, stehen (zu schaffende) Spitalregionen oder der Bund für diese Rolle im Vordergrund. Als nicht empfehlenswert ist demgegenüber die Variante mit den Kantonen als Monisten zu bezeichnen.

---

<sup>15</sup> Den Hinweis auf den NFA verdanken wir Th. Brügger von der EFV.

## 4.2 Bestimmung der kantonalen Finanzierungsanteile

Bei einem Wechsel vom heutigen dualen zu einem monistischen System stellt sich auch die Frage, wie hoch der Anteil der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen insgesamt sein soll und ob ein entsprechender Mindestanteil auf Bundesebene vorgegeben werden soll. Diese Frage ist politisch brisant, weil mit der Festlegung dieses Finanzierungsschlüssels die Verteilung der Finanzierungslast vorbestimmt wird. Pauschale Prämien sind regressiv. Bezogen auf das Einkommen ist die Belastung umso grösser, je geringer das Einkommen ist. Bei den kantonalen Steuern und Abgaben ist die Finanzierungslast demgegenüber insgesamt progressiv, d.h. die Belastung nimmt mit steigendem Einkommen überproportional zu. Entsprechend ergibt sich, dass die Finanzierung bei gegebener Höhe der Prämienbeiträge der grundversicherten Leistungen umso regressiver ausfällt, je kleiner der Kantonsanteil ist und umgekehrt.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, handelt es sich bei der Festlegung dieses Schlüssels um eine politische Wahlvariable. Je nach den vorherrschenden politischen Präferenzen kann man beim Übergang auf ein monistisches System versuchen, die heutigen Kantonsanteile durch entsprechende Vorgaben im KVG etwa konstant zu halten oder sie nach oben oder unten zu verschieben. Angesichts des überproportionalen Anstiegs der Prämien in den letzten Jahren (vgl. Leu/Hill 2002, S. 11ff) geht der politische Druck im Moment wohl eher in Richtung auf eine Anpassung nach oben. Trotzdem ist es zweckmässig, als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen zunächst von der heutigen Situation auszugehen.

### 4.2.1 Gegenwärtige Situation

Die Kantone finanzieren den Spitalsektor heute in unterschiedlichem Ausmass. Dies ist auf die heutige gesetzliche Regelung zurückzuführen, wonach die Versicherer höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals übernehmen. Die Kantone sind entsprechend frei, einen höheren Finanzierungsanteil zu wählen, wenn das den Präferenzen der Stimmbürger entspricht oder sich durch kurzfristig nicht beeinflussbare Sachzwänge politisch aufdrängt (z.B. im Kanton Genf). Die vom Kanton  $k$  in einem bestimmten Jahr an den Spitalsektor zu leistenden Subventionsbeiträge,  $S_t^k$ , setzen sich dabei wie folgt zusammen:

$$(1) \quad S_t^k = BK_t^k + I_t^k + HK_t^k$$

wobei BK die Beiträge der öffentlichen Hand an die anrechenbaren Betriebskosten der Spitäler, I die Beiträge an die Investitionskosten und HK die Beiträge an medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisationen bezeichnen.<sup>16</sup> Die Finanzierungsanteile der Kantone  $r^k$  ergeben sich, wenn man die kantonalen Subventionen  $S_t^k$  zu den gesamten Spitalkosten oder den gesamten OKP-Kosten (Bruttokosten abzüglich Kostenbeteiligung und private Direktzahlungen der Versicherten) eines Jahres ins Verhältnis setzt.

Die Finanzierungsanteile der Kantone an den Spitalkosten und den gesamten OKP-Kosten (Bruttokosten abzüglich Kostenbeteiligung und private Direktzahlungen der Versicherten) im Jahr 2000 sind in den Spalten (1) und (2) von Tabelle 1 ausgewiesen. Weil die Investitionsbeiträge von Jahr zu Jahr vor allem in kleinen Kantonen beträchtliche Schwankungen aufweisen, wurde für die Investitionen ein Durchschnittswert für die Jahre 1998–2000 verwendet. Mit Abstand am höchsten war der kantonale Finanzierungsanteil an den Spitalkosten im Jahr 2000 im Kanton Genf, gefolgt von den Kantonen Glarus und Bern, am geringsten war er in den Kantonen Appenzell I.Rh., Thurgau und Tessin.<sup>17</sup> Im Durchschnitt aller Kantone belief sich der Kantonsanteil bezogen auf die Spitalkosten auf 55%, bezogen auf die gesamten OKP-Kosten auf gut 34%.

<sup>16</sup> Prämienbeiträge sind in S also nicht enthalten.

<sup>17</sup> Im Kanton Tessin ist der Anteil der Spitalbetten in privaten Spitälern sehr gross. Die für die Kantone Appenzell I.Rh. und Thurgau ausgewiesenen Anteile erscheinen unplausibel tief.

Tabelle 1: Kantonale Finanzierungsanteile  $r^k$  (in %) im Jahr 2000 (Investitionen 1998-2000)\*

Kantone	Finanzierungsanteile $r^k$ (in %) an den					
	Spitalkosten (1)	gesamten OKP-Kosten <sup>1</sup> (2)	Spitalkosten nach Um- setzung des Bundes- gesetzes <sup>2</sup> (3)	gesamten OKP-Kosten <sup>1</sup> nach Um- setzung des Bundes- gesetzes <sup>2</sup> (4)	Spitalkosten bei dual-fixer Finanzierung <sup>3</sup> (5)	gesamten OKP-Kosten <sup>1</sup> bei dual-fixer Finanzierung <sup>3</sup> (6)
Zürich	49,8	26,5	56,0	34,1	50,0	29,3%
Bern	60,1	38,6	63,4	44,4	50,0	32,0%
Luzern	47,6	27,2	51,4	31,6	50,0	30,5%
Uri	57,0	39,4	60,0	44,6	50,0	34,6%
Schwyz	56,6	36,7	58,4	39,6	50,0	32,1%
Obwalden	51,3	28,5	52,8	30,3	50,0	28,2%
Nidwalden	53,5	32,7	55,6	35,6	50,0	30,9%
Glarus	65,9	55,1	66,8	57,5	50,0	37,6%
Zug	51,3	28,3	55,8	34,1	50,0	29,4%
Fribourg	53,0	32,8	55,3	35,9	50,0	31,4%
Solothurn	59,6	41,0	61,8	44,8	50,0	33,4%
Basel-Stadt	57,0	44,5	61,2	53,1	50,0	39,5%
Basel-Landschaft	54,1	36,7	56,3	40,1	50,0	34,1%
Schaffhausen	52,9	31,3	55,9	35,3	50,0	30,4%
Appenzell A.Rh.	53,7	35,3	60,1	45,8	50,0	35,4%
Appenzell I.Rh.	36,0	19,8	39,0	22,5	50,0	30,8%
St.Gallen	53,8	34,9	56,8	39,4	50,0	33,1%
Graubünden	52,4	38,0	55,2	42,5	50,0	37,1%
Aargau	47,4	26,2	51,5	30,9	50,0	29,7%
Thurgau	36,7	19,3	41,2	23,3	50,0	29,8%
Ticino	41,4	22,1	45,7	26,3	50,0	29,5%
Vaud	54,6	32,5	57,2	36,0	50,0	30,2%
Valais	54,3	37,5	55,1	38,7	50,0	33,9%
Neuchâtel	57,0	41,2	58,2	43,1	50,0	35,0%
Genève	73,2	60,9	74,4	64,8	50,0	35,9%
Jura	53,8	37,5	55,2	39,7	50,0	34,7%
<b>Schweiz/Suisse</b>	<b>55,1</b>	<b>34,5</b>	<b>58,3</b>	<b>39,4</b>	<b>50,0</b>	<b>32,0%</b>

\* Quelle: santésuisse-Datenpool, BFS, BSV ; Berechnung durch S. Spycher

1 Bruttokosten abzüglich Kostenbeteiligung und private Direktzahlungen der Versicherten.

2 Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Übernahme des Sockelbetrages an die Zusatzversicherten in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern durch die Kantone (650 Millionen Franken). Hypothetische Modellrechnung.

3 Wie 2); zusätzlich: Übernahme des Sockelbetrags für Zusatzversicherte durch die Kantone auch in Privatspitälern (280 Millionen Franken), mit entsprechender Reduktion bei den Versicherten; Aufteilung der Investitionskosten zwischen Kantonen und Versicherern; fixe Aufteilung der stationären Kosten von 50% zu 50% auf Versicherer und Kantone. Hypothetische Modellrechnung.

#### **4.2.2 Berücksichtigung des dringlichen Bundesgesetzes bezüglich Kantonsbeiträgen an die Spitalfinanzierung**

Als nächstes stellt sich die Frage, wie sich die Kantonsanteile  $r^k$  modifizieren, wenn die als Folge der EVG-Entscheidung und dem darauf basierenden Bundesgesetz bei den Kantonen zusätzlich anfallenden Finanzierungsbeiträge berücksichtigt werden. In den Spalten (1) und (2) von Tabelle 1 sind diese Finanzierungsbeiträge noch nicht enthalten, weil die Kantonsbeiträge für Zusatzversicherte erst im Jahr 2002 eingesetzt haben und erst im Jahr 2004 ihren vollen Umfang erreichen werden. Die sich daraus pro Kanton ergebende Modifikation von  $r^k$  kann zum jetzigen Zeitpunkt nur über Modellrechnungen näherungsweise bestimmt werden. Diese Modellrechnungen wurden von S. Spycher durchgeführt. Da die Situation im Jahr 2004 nicht verlässlich prognostiziert werden kann, wurde hypothetisch untersucht, wie die Kantonsanteile im Jahr 2000 ausgefallen wären, wenn die Kantone bereits in diesem Jahr ihre zusätzlichen Beiträge voll hätten leisten müssen. Diese hypothetische Modellrechnung ist rein statisch und wurde unter der Annahme durchgeführt, dass sich sonst nichts verändert hätte. Die Ergebnisse sind in den Spalten (3) und (4) von Tabelle 1 ausgewiesen und deuten darauf hin, dass die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge die Kantonsanteile unter diesen Annahmen leicht erhöht hätte. Die absoluten Beträge finden sich in Tabelle 3 von Anhang A.8

#### **4.2.3 Berücksichtigung der 2. KVG-Revision**

Viel schwieriger quantitativ abzuschätzen sind die Auswirkungen, die sich bei Einführung der im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgesehenen dual-fixen Finanzierung der Spitalkosten ergäben. Anders als in Abschnitt 4.2.2 würde nicht nur die Verteilung der Finanzierungslast verändert, sondern mit dem Übergang zur Leistungsfinanzierung auch der Finanzierungsmechanismus modifiziert. Dabei stellen sich insbesondere zwei Fragen: (a) Führt die Änderung des Finanzierungsmechanismus (mittelfristig) zu Anpassungen der Spitalkapazitäten und -strukturen? (b) In welchem Umfang werden Anbieter mit privater Trägerschaft in den integralen Spitalplänen der Kantone berücksichtigt? Beide Fragen involvieren politische Entscheidungen. Zusammen mit den quantitativ nicht abschätzbaren Verhaltensänderungen der Akteure hat dies zur Folge, dass die Auswirkungen einer Einführung der dual-fixen Finanzierung nicht zuverlässig prognostiziert werden können. Man ist stattdessen darauf angewiesen, auf ad hoc Annahmen zurückzugreifen.

Für die von S. Spycher durchgeführte Modellrechnung wird angenommen, dass (a) die Einführung der dual-fixen Finanzierung Spitalkapazitäten und -strukturen ebenso wie deren Beanspruchung nicht beeinflusst und dass (b) die Hälfte der privaten Leistungsanbieter mit privater Trägerschaft in den kantonalen Spitalplänen berücksichtigt werde. Während die erste Annahme angesichts der politischen Schwierigkeiten einer Reduktion/Anpassung von Spitalkapazitäten einigermaßen naheliegend erscheint, ist die zweite weniger offensichtlich. Es handelt sich dabei um eine BSV-interne Projektion, die sich u.W. aber nicht auf konkrete Zielvorstellungen der Kantone abstützt. Insbesondere die privaten Leistungserbringer dürften diesbezüglich deutlich andere Vorstellungen haben. Allerdings hat diese Annahme keinen Einfluss auf die Kantonsanteile, weil diese bei Listenspitälern unabhängig von der Spitalträgerschaft anfallen. Weil die Situation bei einer allfälligen Einführung der monistischen Finanzierung nicht verlässlich prognostiziert werden kann, wird wiederum hypothetisch untersucht, welche Finanzierungsanteile sich im Jahr 2000 ergeben hätten, wäre die monistische Finanzierung in diesem Jahr bereits in Kraft gewesen. Auch diese Modellrechnung ist rein statisch.

Die Ergebnisse der Modellrechnungen sind in den Spalten (5) und (6) ausgewiesen. Der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Spitalkosten beträgt definitionsgemäss 50%. Von Interesse sind im vorliegenden Fall daher vor allem die Kantonsanteile an der Finanzierung der gesamten OKP-Kosten. Diese belaufen sich im Durchschnitt aller Kantone unter den getroffenen Annahmen auf 32%. Die Absolutbeträge sind wiederum in Tabelle 3 von Anhang A.8 ausgewiesen. Angesichts der zahlreichen (politischen) Unwägbarkeiten sind diese Ergebnisse allerdings mit grösster Vorsicht zu interpretieren.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Der Vertreter der SKD in der Arbeitsgruppe warnt ausdrücklich davor, diese Zahl im Zusammenhang mit direkten materiellen Massnahmen im Rahmen der zweiten KVG-Revision zu benutzen.

#### 4.2.4 Politische Agenda und Entwicklung der Datenlage

Zwar ist es im Moment auch über Modellrechnungen nur schwer möglich, die kantonalen Finanzierungsanteile abzuschätzen, die sich unter Berücksichtigung der laufenden bzw. anstehenden Änderungen in der Spitalfinanzierung ergeben werden. Ein Blick auf die politische Agenda zeigt jedoch, dass die Ermittlung dieser Anteile im Zeitpunkt einer möglichen Einführung der monistischen Finanzierung wesentlich einfacher ausfallen dürfte, als es aus heutiger Sicht den Anschein macht. Gemäss dem dringlichen Bundesbeschluss müssen die Kantone ab 2002 Beiträge an Zusatzversicherte zahlen, die sich in öffentlichen Spitälern behandeln lassen. Diese Beiträge werden dann innerhalb von drei Jahren auf die mit den Kantonen und Krankenkassen ausgehandelte Höhe hochgefahren. Die definitiven Auswirkungen des dringlichen Bundesbeschlusses werden sich also bereits 2004 in den Daten niederschlagen und stünden Mitte 2006 zur Auswertung zur Verfügung.

#### 4.2.5 Fazit

Auch wenn die Auswirkungen der anstehenden Veränderungen in der Spitalfinanzierung zum heutigen Zeitpunkt über Modellrechnungen nicht befriedigend abzuschätzen sind, stellt dies für die Einführung einer monistischen Finanzierung kein Hindernis dar. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision Ende 2003 könnte nun direkt zu einer monistischen Finanzierung übergegangen werden. Wählt man den Umweg über eine dual-fixe Finanzierung, wird ein Wechsel zur monistischen Finanzierung realistischsterweise frühestens im Jahr 2012–2015 stattfinden können. Bis dahin werden die Auswirkungen der kurzfristig im Vordergrund stehenden Änderungen (Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge, dual-fixe Finanzierung) in den Daten ihren Niederschlag gefunden haben.

### 4.3 Gesetzliche Regelung der kantonalen Finanzierungsanteile

Eine zentrale Frage, die sich bei der Einführung einer monistischen Finanzierung stellt, ist, ob und allenfalls in welcher Form man auf Ebene KVG den Kantonen vorschreiben sollte, welche Finanzierungsanteile sie übernehmen müssten. Ohne eine entsprechende Regelung im KVG wäre zumindest nicht auszuschliessen, dass einzelne Kantone ihren heutigen Finanzierungsanteil über die Jahre verringern und damit die Regressivität der Finanzierung erhöhen würden. In den folgenden Abschnitten 4.3.1 – 4.3.3 werden zunächst drei Varianten vorgestellt, bei welchen den Kantonen ein Mindestanteil an der Finanzierung im Rahmen des KVG vorgeschrieben wird. In Abschnitt 4.3.4 wird anschliessend eine «föderalistische» Variante diskutiert, bei welcher es den Kantonen überlassen bleibt, welchen Anteil der Gesundheitskosten sie über Steuern finanzieren wollen.

#### 4.3.1 Verbindlicher einheitlicher Mindestanteil (Variante 3.1)

Bei dieser Variante würde den Kantonen ein einheitlicher Mindestanteil an der Finanzierung der gesamten kantonalen OKP-Kosten verbindlich vorgeschrieben. Beispielsweise könnte man sich dabei am durchschnittlichen Finanzierungsanteil aller Kantone in den drei Jahren vor Einführung der monistischen Finanzierung orientieren (vgl. 4.2.4) und den Kantonen vorschreiben, mindestens diesen Anteil der gesamten OKP-Kosten zu übernehmen. Im Gegensatz zur heute geltenden Regelung, aber analog zur Situation nach Inkraftsetzung der 2. KVG-Revision wäre der kantonale Mindestanteil unabhängig von der Bettendichte und dem Anteil der Privatspitäler an der gesamten Bettenzahl der einzelnen Kantone.<sup>19</sup> Gegen eine solche Lösung sprechen vor allem drei Gründe: Zu nennen sind einmal die heutigen Unterschiede in den kantonalen Finanzierungsanteilen. Zwar ist anzunehmen, dass diese Unterschiede bei dual-fixer Finanzierung zurückgehen werden, ganz verschwinden dürften sie aber kaum. Entsprechend ist mit politischem Widerstand gegen eine einheitliche Lösung auf Bundesebene durch die Kantone zu rechnen, deren Finanzierungsanteil vor dem Übergang zur monistischen Finanzierung unterdurchschnittlich ist. Zweitens besteht die Gefahr, dass Kantone mit heute überdurchschnittlichen Finanzierungsanteilen versucht sein könnten, ihren Finanzierungsanteil über die Zeit zu reduzieren und dem geforderten Mindest-

<sup>19</sup> Der Anteil an Betten in Privatspitälern spielt für die Kantonsbeiträge bereits nach der 2. KVG-Revision keine Rolle mehr.

anteil anzunähern. Gegen diese Befürchtung spricht allerdings, dass diese Kantone ihre heutigen hohen Finanzierungsanteile selbst gewählt haben. Ein drittes Argument gegen eine solche Lösung besagt, dass die kantonale Finanzhoheit dadurch über Gebühr eingeschränkt würde. Der Bund könne nicht den Kantonen finanzielle Verpflichtungen auferlegen, wenn die Kantone nicht gleichzeitig in der Lage seien, die entsprechenden Kosten zu kontrollieren.<sup>20</sup> Hier sind weitere Abklärungen, u.a. auf juristischer Ebene, notwendig. Insbesondere stellt sich die Frage, wo denn der Unterschied zum vorgesehenen Sozialziel liegt. Auch mit dem Sozialziel würden die Kantone zu Zahlungen verpflichtet, deren Höhe nicht oder nur begrenzt in ihrer Kontrolle liegt. Solange der Kontrahierungszwang in Kraft ist, betrifft dieses Argument allerdings nur die im ambulanten Bereich anfallenden Kosten, weil die Kantone dort nicht die Planungskompetenz besitzen, die ihnen das KVG heute im stationären Bereich zuordnet.

#### 4.3.2 Kantonsspezifische Mindestanteile (Variante 3.2)

Eine Alternative bestünde darin, dass im KVG festgehalten wird, die kantonalen Finanzierungsanteile an den gesamten OKP-Kosten der kantonalen Wohnbevölkerung müssten in jedem Kanton mindestens denjenigen in den drei Jahren vor Einführung des monistischen Systems entsprechen. Damit würde der Gesetzgeber auf Bundesebene wiederum eine Grenze nach unten vorgeben, im Gegensatz zu heute allerdings kantonsspezifisch. Die Kantone ihrerseits wären weiterhin frei, je nach politischen Präferenzen einen höheren Anteil der gesamten Gesundheitskosten über Steuern zu finanzieren.

Mit dieser Lösung würde den ersten beiden unter 4.3.1 diskutierten Einwänden Rechnung getragen. Der dritte, wonach es sich hierbei um einen ungebührlichen Eingriff in die kantonale Finanzhoheit handle, bliebe dagegen bestehen. Man kann sogar argumentieren, der Eingriff in die kantonale Finanzautonomie werde grösser, indem den Kantonen mit heute hohem kantonalem Finanzierungsanteil verwehrt werde, diesen Anteil zu einem späteren Zeitpunkt etwas zu senken (in Richtung des durchschnittlichen Anteils aller Kantone).<sup>21</sup> Insgesamt ergäbe sich bei dieser Variante eine Ungleichbehandlung der Kantone. Diejenigen mit heute hohem Finanzierungsanteil wären für immer gebunden, diejenigen mit tiefem Anteil wie der Kanton Tessin könnten diesen Vorteil auf Dauer beibehalten.

Die operative Umsetzung einer solchen Lösung dürfte demgegenüber ohne allzu grosse Schwierigkeiten möglich sein. Im Abschnitt 4.2 wurde dargestellt, wie man die kantonalen Finanzierungsanteile beim Übergang in ein monistisches System festlegen kann, wenn der Status quo unter Berücksichtigung der bereits eingeleiteten Veränderungen (EVG-Entscheide) gewahrt werden soll. Die Subventionen der Kantone an die in ihrem Kanton lebenden Versicherten ergäben sich wie folgt:

$$(3) \quad S_t^k = r^k G_{t-1}^k$$

wobei  $S^k$  die Beiträge der Kantone an die kantonalen Gesundheitskosten,  $r^k$  die kantonalen Finanzierungsanteile und  $G^k$  die Gesamtkosten der KVG-Leistungen bezeichnen. Die Kantone müssten mit anderen Worten einen fixen Teil der effektiven Ausgaben der Krankenkassen für Versicherte ihres Kantons übernehmen. Wie immer sich diese Ausgaben entwickelten, der minimalen Finanzierungsanteil der Kantone wäre festgeschrieben<sup>22</sup>.

#### 4.3.3 Kantonale Spitalkosten als Ausgangspunkt (Variante 3.3)

Bei dieser Variante wird den Kantonen vorgeschrieben, ihren Finanzierungsanteil an den gesamten Spitalkosten (stationär, teilstationär und ambulant) der im Kantonsgebiet wohnenden Versicherten konstant zu halten (statt an den gesamten OKP-Kosten wie in den Abschnitten 4.3.1 und 4.3.2). Der entsprechende Finanzierungsbeitrag wird dann pro Kopf – abgestuft nach Region und Alter (Kinder/Erwachsene) – entweder als Voucher an die Versicherten oder direkt an die Kassen/MCOs verteilt. Eine Verzerrung der

<sup>20</sup> Dieses Argument wurde vor allem von der Vertreterin des EJPD in der Arbeitsgruppe betont.

<sup>21</sup> Diesem Problem könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass vorerst Variante 3.2 als Übergangslösung in Kraft gesetzt und mittelfristig zu Variante 3.1 übergegangen wird.

<sup>22</sup> Daten zu den Ausgaben der Krankenkassen für die Versicherten pro Kanton sollten dabei ohne weiteres verfügbar sein. Für die Erstellung der Kantonsbudgets müssten aus zeitlichen Gründen wohl zusätzlich auch die Ausgaben in der Periode t-2 zu Hilfe gezogen werden.



Kosten nach Behandlungsart ergibt sich nicht, weil die kantonalen Beiträge in den «allgemeinen Topf» der Kassen fliessen und somit jede Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in prozentual gleichem Umfang subventionieren. Die gesamten Spitalkosten dienen nur dazu, das Niveau des Kantonsbeitrags festzulegen.<sup>23</sup> Wie bei der dual-fixen Finanzierung würde der Schlüssel für die Aufteilung der Kosten im KVG festgelegt, ebenso wie die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Kosten. Das Argument, die monistische Finanzierung führe zu einer Einschränkung der kantonalen Finanzhoheit, ist bei dieser Variante hinfällig, solange der Kontrahierungszwang aufrecht erhalten wird.

Als nächstes stellt sich die Frage, ob durch eine solche Lösung Anreize für die beteiligten Akteure entstehen, die Spitalbehandlung (stationär, teilstationär oder ambulant) gegenüber der ambulanten Behandlung bei frei praktizierenden Ärzten zu bevorzugen. Wie die nachfolgenden Überlegungen zeigen, ist dies nur beschränkt der Fall. Die Krankenkassen haben im traditionellen Versicherungsbereich keine Möglichkeit, Behandlungsart oder Wahl des Leistungserbringers zu beeinflussen. Folglich sind sie in diesem Bereich auch nicht in der Lage, die Spitalkosten in die Höhe zu treiben und so höhere (absolute) Finanzierungsbeiträge der Kantone zu induzieren. MCOs können zwar sowohl die Art der Behandlung als auch die Wahl des Leistungserbringers (Spital, Arzt in freier Praxis) bis zu einem gewissen Grad steuern. Die kantonalen Beiträge, die ihnen zufließen, werden aber pro Kopf aller Versicherten in allen Kassen verteilt. Eine gezielte Bevorzugung der Behandlung in Spitälern würde also zunächst nur die Kosten der betreffenden Managed Care Organisation erhöhen. Ob und allenfalls in welchem Umfang diese Kosten durch höhere Kantonsbeiträge im folgenden Jahr kompensiert würden, bliebe völlig offen und könnte von der einzelnen MCO nicht beeinflusst werden.<sup>24</sup> Vorausgesetzt wird dabei, dass eine genügende Zahl von Kassen und MCOs pro Kanton tätig sind. Die gleichen Überlegungen gelten mutatis mutandis für den einzelnen Versicherten.

Der Vorteil gegenüber den Varianten 3.1 und 3.2 besteht darin, dass die Kantone im heutigen Umfang Kontrollmöglichkeiten über ihre Beiträge besässen, solange der Kontrahierungszwang in Kraft ist. Solange am Kontrahierungszwang festgehalten wird, würde die kantonale Finanzhoheit somit nicht stärker tangiert als bei der Regelung gemäss 2. KVG-Revision. Ausserdem besässen die Kantone Anreize, die Spitalkapazitäten abzubauen, weil ihre Beiträge nur an die Spitalbehandlungskosten geknüpft wären (je kleiner die Spitalkosten, desto kleiner die erforderlichen kantonalen Beiträge). Bei einer Aufhebung des Vertragszwangs fielen diese Vorteile allerdings dahin. Der wichtigste Nachteil dieser Variante besteht darin, dass die Kantonsanteile dann zurückgingen, wenn der Anteil der Spitalkosten an den gesamten OKP-Kosten abnähme. Die beobachtbaren Trends sprechen dafür, dass eine solche Entwicklung relativ wahrscheinlich ist. Gemildert werden könnte dieser Nachteil dadurch, dass man statt von den Spitalkosten von den stationären Behandlungs- und Pflegekosten ausgeht. Allerdings ist die Anreizproblematik im Pflegebereich ungleich grösser. Insbesondere aus Sicht der Krankenversicherer ist nur eine Lösung zufriedenstellend, welche sich an den gesamten OKP-Kosten orientiert, weil nur in diesem Fall stabile Beitragssätze garantiert sind.<sup>25</sup>

Der Übergang vom dual-fixen zum monistischen System wäre demgegenüber auch bei dieser Variante relativ unproblematisch. Im ersten Jahr der monistischen Finanzierung würde man einfach die gesamten Spitalkosten im vorhergehenden Jahr als Ausgangsbasis verwenden und den Kantonsbeitrag gemäss dem im KVG festgelegten Schlüssel ermitteln.

#### 4.3.4 Föderalistisches Modell (Variante 3.4)

Im Gegensatz zu den bisher diskutierten Möglichkeiten besteht eine weitere Variante darin, dass auf eine Vorschrift im KVG überhaupt verzichtet und die Festlegung des Kantonsbeitrags an die Finanzierung der Gesundheitskosten den Kantonen überlassen wird. Während im geltenden System für den Stimmbürger/Steuerzahler kaum transparent ist, welcher Anteil der Gesamtkosten der OKP über kantonale Steuern finanziert wird, ist anzunehmen, dass dieser Anteil in einem solchen System im Rahmen der Budget-

<sup>23</sup> Vorausgesetzt wird dabei die Vergütung der (teil-)stationären Leistungen entsprechend den Vorgaben der 2. KVG-Revision.

<sup>24</sup> In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass es von Vorteil wäre, wenn die kantonalen Beiträge indirekt über die Versicherten an die Kassen/MCOs überwiesen würden.

<sup>25</sup> Stellungnahme santésuisse durch die Herren Frei und Griching.

debatte alljährlich viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen würde. Das Verhältnis zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung könnte in jedem Kanton separat entsprechend den Präferenzen der Bevölkerung festgelegt werden. Der steuerfinanzierte Anteil würde direkt und leicht nachvollziehbar das Prämienniveau beeinflussen. Den Kantonsparlamenten könnten einige einfache Modellrechnungen vorgelegt werden, welche diesen Zusammenhang aufzeigen. Das Mischverhältnis zwischen Prämien und Steuern wäre explizit Gegenstand des politischen Prozesses. Die Transparenz würde sich massiv erhöhen.

Wie begründet ist die Befürchtung, dass sich die Kantone unter diesen Umständen aus der Finanzierung der Gesundheitskosten zurückziehen würden, um ihren Haushalt zu entlasten? Diese Gefahr wird möglicherweise überschätzt. Schon heute tragen verschiedene Kantone z.T. deutlich mehr an die Finanzierung dieser Kosten bei, als sie auf Grund des KVG eigentlich müssten. Aber auch in den anderen Kantonen müsste mit politischem Widerstand gerechnet werden, wenn die Kantone ihren Finanzierungsanteil gegen den Willen grösserer Wählergruppen reduzieren wollten. Die ökonomische Föderalismustheorie zumindest sagt voraus, dass das Ergebnis die Präferenzen der kantonalen Bevölkerung besser abbilden würde, wenn dieser Entscheid bei den Kantonen selber läge als beim Bund. Aus dieser Perspektive ist eine verbindliche Bundesvorschrift zum vornherein die schlechtere Alternative. Auch angesichts des Ost-West-Gefälles der Prämien drängt sich eine einheitliche Lösung nicht zwingend auf. Zumindest wäre das Argument, eine Festschreibung der Kantonsanteile auf Bundesebene beschneide die kantonale Finanzhoheit in ungebührlicher Weise, damit endgültig vom Tisch.

Wird diese Variante mit einem im KVG festgeschriebenen Sozialziel kombiniert – z.B. in der Version des Nationalrates – ergibt sich demgegenüber ein anderes Problem. Die Kantone könnten nämlich versucht sein, ihren Finanzierungsbeitrag herunterzufahren. Dies würde unter sonst gleichen Umständen das Prämienniveau erhöhen, so dass die Prämienbelastung bei mehr Familien den gemäss Sozialziel für sie geltenden Grenzwert überschreiten würde. Dies würde zu höheren Prämienbeiträgen und damit auch zu erhöhten Bundestransfers führen.<sup>26</sup> Wie ein solcher Missbrauch vermieden werden könnte, muss noch näher abgeklärt werden.

#### **4.3.5 Fazit**

Ob die Kantonsanteile an der Finanzierung der Gesundheits-(Spital-)kosten im KVG festgeschrieben werden sollen, ist eine politische Entscheidung, welche einerseits die Kompetenzverteilung Bund/Kantone und andererseits die Verteilungswirkungen des Gesundheitswesens tangiert. Fällt die Entscheidung zugunsten einer KVG-(Mindest-) Vorschrift, ist aus Sicht des externen Experten der Variante 3.1 der Vorzug zu geben. Wenn schon eine Bundeslösung als erwünscht angesehen wird, dann müssten die Kantone bezüglich Mindestanteil an der Finanzierung auch gleich behandelt werden. Dies wäre bei Variante 3.2 nicht der Fall. Der zentrale Vorteil von Variante 3.1 gegenüber Variante 3.3 besteht darin, dass sie den kantonalen Finanzierungsanteil auch dann konstant hält, wenn der Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten abnimmt. Dazu kommt, dass Variante 3.3 die kantonale Finanzhoheit im gleichen Umfang tangiert wie Variante 3.2, sobald der Kontrahierungszwang aufgehoben wird. Will man keine Regelung auf Bundesebene, steht demgegenüber Variante 3.4 im Vordergrund<sup>27</sup>. Falls eine Lösung entsprechend den Varianten 3.1 bis 3.3 aus verfassungsrechtlichen oder politischen Gründen nicht in Frage käme, bliebe nur eine Lösung entsprechend Variante 3.4

#### **4.3.6 Einschätzung durch die Arbeitsgruppe**

Die Einschätzung der vier Varianten durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe zeigt Tabelle 2.

---

<sup>26</sup> Diese Befürchtung wurde auch vom Vertreter der EFV in der Arbeitsgruppe geäussert.

<sup>27</sup> Aus Sicht der Kantone hängt dieser Entscheid vor allem an der Frage, in welchem Ausmass die Kantone die Spitalkosten noch beeinflussen können.

Tabelle 2: Festlegung der Kantonsbeiträge: Einschätzung durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe\*

	Variante			
	3.1	3.2	3.3	3.4
BSV <sup>1</sup>	1	2	3	4
H+	1	2	3	4
FMH	–	–	–	–
Sekretariat der Weko <sup>2</sup>	3	4	2	1
EFV	1	3	3	4
EVD	–	–	–	–
SDK <sup>3</sup>	–	–	1	–
santésuisse	1	1	3	4
Ext. Experte	1	3	4	2

\* Beste Variante 1 Punkt, schlechteste Variante 4 Punkte

- 1 Kommentar VertreterInnen BSV: Variante 3.1 wird vorgezogen, weil die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine gesamtschweizerische Sozialversicherung ist. Die Variante 3.2 und 3.3 kommen nur in Frage, wenn mittelfristig eine gesamtschweizerischen Harmonisierung angestrebt wird. Variante 3.3 ist zudem wenig konsequent, weil die Subventionen für Pflegeheime und die Spitex nicht berücksichtigt werden. Variante 3.4 kommt nicht in Frage, weil eine Regelung auf Bundesebene unverzichtbar ist.
- 2 Kommentar Vertreter Sekretariat der Weko: Die Varianten sind mit ihren spezifischen Vor- und Nachteilen in etwa gleichwertig und die Rangierung demzufolge nicht sakrosankt. Insbesondere in Abhängigkeit von der Regelung der Pflege wäre die Einschätzung neu zu überdenken.
- 3 Kommentar Vertreter der EFD: Bei Variante 3.4 werden erhebliche finanzielle Auswirkungen für Bund und Kantone befürchtet (Prämienverbilligungen).
- 4 Kommentar Vertreter der SDK: In der SDK gäbe es vermutlich auch Stimmen, die sich für die Variante 3.4 aussprechen könnten. Hängt von der Ausgestaltung der Variante im Detail ab.
- 5 Kommentar der Vertreter von santésuisse: Kurzfristig steht Variante 3.2, mittelfristig Variante 3.1 im Vordergrund. Durch diesen graduellen Übergang auf Variante 3.1 soll verhindert werden, dass Kantone mit heute überdurchschnittlichen Finanzierungsanteilen ihre Anteile nach unten anpassen.

#### 4.4 Wie sollen die Kantonsbeiträge ins System eingespiessen werden?

Ist der Kantonsbeitrag für ein bestimmtes Jahr in Abhängigkeit der gesamten Kassenleistungen oder der Spitalkosten im Vorjahr festgelegt, stellt sich die Frage, wie er auf die einzelnen Kassen/MCOs aufgeteilt werden soll. Diskutiert werden nachfolgend sechs Varianten, wie die Kantonsbeiträge über die Nachfrageseite ins Gesundheitswesen eingespiessen werden können: (1) pro Kopf an die Kassen/MCOs; (2) teils über einen Hochrisikopool und teils pro Kopf an die Kassen/MCOs; (3) gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/MCOs; (4) in Form zweckgebundener Gutscheine (Voucher) an die Versicherten; (5) vollumfänglich über das (modifizierte) Prämienbeitragssystem und (6) über Steuergutschriften. Bei den Varianten (1) bis (4) würde das heutige Prämienbeitragssystem (in ev. leicht modifizierter Form) weiterbestehen, in Variante (5) würde es grundlegend verändert und in Variante (6) wäre es überflüssig. Bei den Varianten (1) bis (3) würden die Kantonsanteile über die Versicherer, bei den Varianten (4) bis (6) über die Versicherten ins System eingespiessen.

##### 4.4.1 Überweisung pro Kopf an Kassen/MCOs (Variante 4.1)

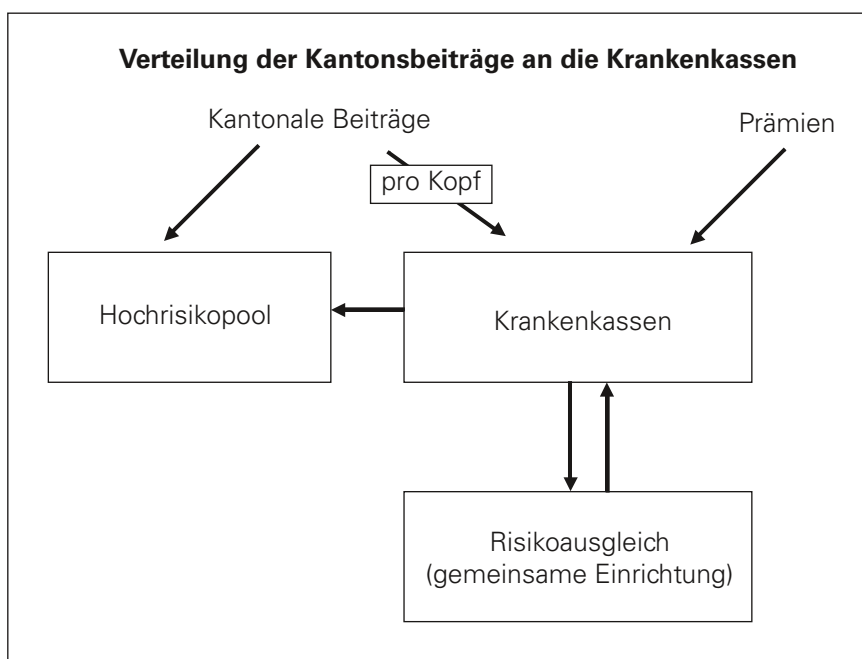
Bei dieser Variante überweisen die Kantone ihre Beiträge direkt an die Versicherer/MCOs, und zwar pro Kopf der im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten.<sup>28</sup> Analog zu den Prämien müssten die pro Kopf Beiträge nach Prämienregion abgestuft werden. Die Beteiligung der Kantone müsste für Kinder und Erwachsene über 19 Jahren dabei unterschiedlich sein, weil die Kinder nicht dem Risikoausgleich unterstellt sind.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Diese Variante stünde auch im Falle einer Einheitskasse im Vordergrund.

<sup>29</sup> Hinweis von W. Frei (santésuisse).

#### 4.4.2 Modifikation bei Existenz eines Hochrisikopools (Variante 4.2)

Der Risikoausgleich ist in seiner heutigen Ausgestaltung unbefriedigend (vgl. Leu und Hill 2002). Die Meinung, dass ein Risikoausgleich, der sich nur an Alter und Geschlecht orientiert, das Problem der Risiko Selektion nicht nennenswert entschärfen könne, wird auch in der internationalen Fachliteratur einhellig vertreten.<sup>30</sup> Die monistische Finanzierung verschärft diese Problematik (vgl. die Zusatzauswertung von S. Spycher). Um den Risikoausgleich zu verstärken, müsste die Risikoausgleichsformel durch den Einbezug morbiditätsorientierter Variablen erweitert und der Risikoausgleich prospektiv ausgestaltet werden. Weil der Einbezug von Morbiditätsindikatoren in der Schweiz momentan (noch) am Datenschutz scheitert, sind im Sinne einer zweitbesten Lösung verschiedentlich Vorschläge gemacht worden, den Risikoausgleich zumindest vorübergehend mit einem Hochrisiko- oder einem Hochkostenpool zu alimentieren (vgl. z. B. Spycher 2001).<sup>31</sup> Ein solcher Hochrisiko- bzw. Hochkostenpool könnte nach einem fixen Finanzierungsschlüssel teils über Steuern und teils über die Krankenkassen finanziert werden. Entsprechend müsste ein Teil der Kantonsbeiträge ( $S_p$ ) diesem Hochrisiko-/Hochkostenpool zufließen. Der den Kassen verbleibende Kantonsanteil  $S_k = S - S_p$  wäre dann wieder pro Kopf der im Kantonsgebiet lebenden Versicherten an die Kassen zu überweisen.



#### 4.4.3 Überweisung gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/MCOs (Variante 4.3)

Auch bei dieser Variante überweisen die Kantone ihre Beiträge direkt an die Versicherer.<sup>32</sup> Massgebend für die Aufteilung der Kantonsbeiträge unter die Kassen sind deren gesamte OKP-Kosten in der Vorperiode. Die Höhe der OKP-Kosten der Versicherer gäbe somit Anrecht auf einen bestimmten Anteil der vom Kanton zu überweisenden Beiträge. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Versicherer wegen der unterschiedlichen Risikostruktur ihrer Versicherten mit unterschiedlich hohen OKP-Kosten konfrontiert sehen.

Etwas formaler kann diese Variante wie folgt dargestellt werden: Der Kantonsbeitrag  $T$  in einem bestimmten Kanton (Suffix  $k$  wird zur Vereinfachung unterdrückt) ergibt sich als  $T = rK$ , wobei  $K$  die gesamt-

<sup>30</sup> Einzelne Krankenkassen in der Schweiz vertreten eine dezidiert andere Meinung und möchten den Risikoausgleich auf keinen Fall weiter ausbauen. In der Arbeitsgruppe hat sich Herr Griching immer wieder pointiert und mit Nachdruck für diesen Standpunkt eingesetzt.

<sup>31</sup> Die wünschbare Ausgestaltung des Risikoausgleichs aus gesundheitsökonomischer Sicht sowie die Vor- und Nachteile eines Hochrisiko- oder Hochkostenpools sind nicht Gegenstand dieses Gutachtens und werden daher hier nicht weiter diskutiert.

<sup>32</sup> Diese Variante wurde von V. Frei (santésuisse) eingebracht.

ten OKP-Kosten der Wohnbevölkerung und  $r$  den Kostenanteil (z.B. 0.5) bezeichnen. Nehmen wir an, es gebe nur zwei Kassen A und B mit OKP-Kosten  $K_A + K_B = K$ . Der Kantonsbeitrag würde dann wie folgt auf die beiden Kassen verteilt:

$$T_A = \frac{K_A^{-1}}{K^{-1}} T \quad \text{bzw.} \quad T_B = \frac{K_B^{-1}}{K^{-1}} T.$$

Die beschriebene Variante garantiert eine gleichbleibende Behandlung der Versicherer vor und nach Einführung der monistischen Finanzierung. Es erfolgt mit der Einführung der monistischen Finanzierung keine Umverteilung unter den Versicherern. Dies ist insofern von Bedeutung, als der Risikoausgleich in seiner heutigen Form wie erwähnt ungenügend ist. Vorstellbar wäre daher eine zeitliche Begrenzung dieses Verteilungsschlüssels, bis der Risikoausgleich eine deutliche Verbesserung erfahren hat.

Allerdings werden mit diesem Verteilschlüssel unerwünschte Anreize geschaffen. Die Kantonsbeiträge würden zwar auch hier in den allgemeinen Topf der Kassen/MCOs fließen und alle KVG-Leistungen subventionieren. Eine Verzerrung nach der Art der Leistungserbringung ergäbe sich also nicht. Das Problem bei dieser Variante läge vielmehr darin, dass es sich um einen retrospektiven Kostenausgleich handelte, bei dem stillschweigend angenommen wird, alle Versicherer seien gleich effizient. Ein retrospektiver Kostenausgleich – von dem man bei der heutigen Ausgestaltung des Risikoausgleichs gerade wegkommen will – reduziert den Kostendruck bei den Versicherern und würde sich damit zwangsläufig negativ auf die Effizienz des Kassenwettbewerbs auswirken. Ineffiziente Kassen würden bevorteilt, effiziente benachteiligt. Diesen aus ökonomischer Sicht gravierenden Nachteil steht der Vorteil gegenüber, dass sich die Risikoselektionsproblematik im Vergleich zur Situation nach der 2. KVG-Revision nicht weiter verschärfen würde.

#### 4.4.4 Zweckgebundene Gutscheine: Voucher-Lösung (Variante 4.4)

Bei dieser Variante würde allen im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten ein nach Prämienregion abgestufter Check überwiesen, der zweckgebunden wäre und bei allen Kassen und MCOs eingelöst werden könnte. Neben den einkommensunabhängigen Gutscheinen würde das heutige Prämienbeitragssystem zur sozialen Abfederung der Pauschalprämien weiter bestehen bleiben. Der Kanton würde sich also nur noch indirekt an der Finanzierung des Spitalsektors bzw. des Gesundheitswesens beteiligen. Das hätte zur Folge, dass formal die gesamten Gesundheitskosten über Prämien finanziert würden<sup>33</sup>. Die Kantone würden sich jedoch weiterhin im gleichen Umfang an der Finanzierung beteiligen, nur würden ihre Beiträge jetzt in Form zweckgebundener Voucher an die Versicherten fließen. Im Durchschnitt würde die Belastung der Versicherten damit zunächst unverändert bleiben. In der Masse, in der sich durch diese Neuordnung der Finanzierung ein stärkerer Wettbewerbsdruck von den Versicherten auf die Kassen ergäbe, würde diese Kostenbelastung dann aber sinken.

#### 4.4.5 Prämienbeitragssystem als alleiniger Transferkanal (Variante 4.5)

Die in 4.4.4 beschriebene Voucher-Lösung dupliziert in einem gewissen Sinne das bereits bestehende Prämienbeitragssystem. Die Frage liegt daher nahe, ob man diese beiden Transferkanäle nicht zu einem zusammenfassen könnte. Liesse der Kanton alle seine Mittel über das Prämienbeitragssystem an die Versicherten fließen, müsste dieses auf alle im Kantonsgebiet wohnhaften Versicherten ausgedehnt werden. Die Prämienbeiträge bestünden dabei aus zwei Komponenten: einem nach Region abgestuften pro Kopf Beitrag für alle Versicherten und einem mit steigendem Einkommen sinkenden Beitrag für die wirtschaftlich schwächeren Versicherten. Die zweite Komponente entspräche dabei dem bestehenden Prämienbeitragssystem in den einzelnen Kantonen.

Ein bekanntes Problem von Prämienbeiträgen, die in bar an die Versicherten überwiesen werden, besteht darin, dass diese für andere Zwecke verwendet werden. Wenn dann die Prämien bezahlt werden

<sup>33</sup> Abgesehen von Kostenbeteiligungen und privaten Direktzahlungen.

sollen, ist das Geld schon weg und die Versicherer haben das Nachsehen. Aus diesem Grund werden die Prämienbeiträge bereits heute häufig direkt an die Kassen überwiesen. Damit sind wir aber wieder bei dem unter 4.4.1 beschriebenen Mechanismus angelangt. Eine Alternative bestünde darin, diese Beiträge – und damit den gesamten Kantonsanteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens – in der unter 4.4.3 beschriebenen Art als Voucher an die Versicherten weiterzugeben, nur dass diesmal der Voucher sowohl den pro Kopf als auch den einkommensabhängigen Beitrag enthielte.

#### **4.4.6 Steuergutschriften (Variante 4.6)**

Bei dieser Variante würde der pro Kopf-Beitrag ebenso wie der einkommensabhängige Beitrag (Prämienbeitrag heute) des Kantons direkt mit der Steuerschuld verrechnet. Personen (Steuereinheiten), bei denen die Steuergutschrift kleiner wäre als die Gutschrift, erhielten den Differenzbetrag bar oder als Voucher ausbezahlt.<sup>34</sup> Dies hätte zur Folge, dass die Prämien steigen (volle Kostentransparenz) und die kantonalen Steuern entsprechend sinken würden. Es wäre dabei ohne weiteres möglich, die Verteilung der Finanzierungslast im Vergleich zu heute konstant zu halten oder, wenn das politisch erwünscht wäre, durch eine Modifikation des einkommensabhängigen Beitrags zugunsten der Einkommensschwächeren zu verändern. Der Vorteil dieser Variante läge darin, dass der Kanton aus der Finanzierung der OKP-Kosten weitgehend ausscheiden würde.<sup>35</sup> Die Transparenz der Finanzierung würde im Vergleich zu heute für die Versicherten deutlich erhöht, die Rollenkumulation der Kantone reduziert. An sich verfügen die Kantone ja über keine eigenen Geldmittel. Diese werden ihnen von den Steuerzahlern lediglich zur Verfügung gestellt, um damit gewisse Aufgaben zu erfüllen. Im Falle der Steuergutschriften würden die Kantone von der Aufgabe, einen Teil der OKP-Kosten zu finanzieren, entlastet. Gleichzeitig würden ihre Steuereinnahmen netto<sup>36</sup> um gleich viel reduziert. Allerdings ergäben sich einige rein praktische Probleme. Einmal ist die Aufgabe nicht trivial, die Steuern um genau gleich viel zu senken, wie man die Prämien erhöhen müsste. Zweitens stellt sich die Frage, wie die steuerliche Entlastung bei weiter steigenden Gesundheitskosten über die Zeit gehandhabt werden soll. Drittens basieren die Prämien auf dem Individualprinzip, während die Steuern nach Steuereinheiten («Familien») erhoben werden. Viertens schliesslich müsste genauer abgeklärt werden, welcher administrative Zusatzaufwand sich dabei ergäbe.

#### **4.4.7 Einige grundlegende Einwände**

##### **a. Giesskannen-Subventionen an die Krankenversicherer?**

Ein häufig vorgebrachter Einwand gegenüber der Einspeisung der Kantonsbeiträge via Versicherer/MCOs (Varianten 4.1 – 4.3) besteht darin, dass damit zum Giesskannen-System des KUVG zurückgekehrt werde. Dieser Einwand ist so allerdings nicht gerechtfertigt. Abgesehen davon, dass auch MCOs als Monisten in Frage kommen, besteht im KVG für die Versicherten die Freiheit der Kassenwahl. Im KUVG bestand diese Freiheit de facto nicht, weil die Prämien nach dem Eintrittsalter festgelegt wurden. Von Giesskannen-Subventionen könnte man nur dann sprechen, wenn entweder die Versicherten den Versicherer kaum wechseln könnten oder die Subventionen unabhängig von der Zahl der Versicherten ausgerichtet würden. Beides ist nicht der Fall. Die Freiheit der Kassenwahl ist im Gegenteil ein zentrales Element des KVG, und die Kantonsbeiträge pro Versicherten fliessen an die Krankenkassen, bei welcher der Versicherte sich versichern lässt (money follows insuree). Je besser der Kassenwettbewerb bzw. der Wettbewerb im gesamten Gesundheitswesen funktioniert, desto härter wird der Kampf um Versicherte – und damit um die Kantonsbeiträge – unter den Versicherern.

##### **b. Unfähige Krankenversicherer?**

Es ist nicht zu bestreiten, dass die Krankenversicherer – nicht jedoch die MCOs – heute ein relativ schlechtes Image haben. Viele Beteiligte fragen sich, ob die Krankenversicherer überhaupt in der Lage wären, mit zusätzlichen 4.5 Mia. Franken effizient umzugehen. Nicht minder gross sind die von verschiedener

---

<sup>34</sup> Eine ausführliche Analyse von Steuergutschriften als Instrument der Sozialpolitik (zur Bekämpfung der Armut unter Erwerbstätigen) findet sich in Gerfin, Leu, Brun und Tschöpe (2002).

<sup>35</sup> Ausgenommen die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistung sowie die Barauszahlung an Steuereinheiten, deren Steuerschuld geringer ist als die Steuergutschrift.

<sup>36</sup> Nach Abzug der Barauszahlungen an Steuereinheiten, deren Steuerschuld geringer ist als die Steuergutschrift.

Seite geäusserten Zweifel, ob die Krankenversicherer im Falle einer Aufhebung des Vertragszwangs in der Lage wären, als Leistungseinkäufer aufzutreten. Bei Ärztenetzwerken sieht die Sache in dieser Hinsicht naturgemäss anders aus.

Es ist eine zentrale Erkenntnis der Volkswirtschaftslehre, dass die Marktteilnehmer umso (betriebswirtschaftlich) effizienter agieren, je grösser der Wettbewerbsdruck ist, dem sie ausgesetzt sind. Heute ist dieser Wettbewerbsdruck im Krankenversicherungsmarkt ungenügend, weil die Krankenversicherer gar nicht über die Instrumente verfügen, um sich durch eigene Leistung voneinander abzuheben. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass der Kassenwettbewerb wirklich spielen kann. Kommt zur Freiheit der Kassenwahl für die Versicherten die Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Leistungsanbietern hinzu, so kann es sich keine Kasse mehr leisten, sich auf die Funktion des passiven Geldgebers zu beschränken. Wenn sie im Wettbewerb überleben will, muss sie die Rolle des Gesundheitsmanagers übernehmen (vgl. Breyer 2000, Leu und Hill 2002). Weil die Aufhebung des Kontrahierungszwangs den Kassenwettbewerb deutlich intensivieren würde, ist somit anzunehmen, dass die Krankenversicherer in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen der Rolle des Monisten durchaus gerecht werden könnten.

Bleibt die Frage, ob man den Krankenversicherern im heutigen Umfeld die Verwaltung dieser zusätzlichen Mittel im Umfang von 4.5 Mia. Franken übertragen könnte. Aus Sicht des externen Experten gibt es verschiedene Gründe, die dafür sprechen, dass dies möglich sein sollte. Erstens verwalten die Krankenversicherer bereits heute knapp 1–15 Mia. Franken bzw. 17 Mia. Franken mit Kostenselbstbeteiligung der Versicherten, ohne dass es dabei zu grösseren Pannen gekommen wäre. Zweitens ist der Handlungsspielraum der Versicherer im heutigen System sehr begrenzt und beschränkt sich im wesentlichen darauf, Prämien zu erheben (unter enger Aufsicht durch das BSV) sowie Rechnungen zu kontrollieren und zu begleichen. Hier liegt allerdings auch der Vorbehalt der Leistungserbringer. Diese werfen den Versicherern Machtspiele und Verzögerungen bei der Bezahlung von Rechnungen vor<sup>37</sup>, was die Leistungserbringer in grösste finanzielle Schwierigkeiten bringen könne. Es ist offensichtlich, dass die Auswirkungen eines solchen Verhaltens gravierender wären, wenn alle Finanzierungsströme über die Krankenversicherer liefen. Falls hier tatsächlich ein Fehlverhalten der Krankenversicherer vorliegt, müsste diesem Missstand aber so oder so ein Ende gesetzt werden, also auch im heutigen System bzw. bei der dual-fixen Finanzierung. Entsprechend handelt es sich dabei nicht um ein Argument gegen die monistische Finanzierung per se.

### c. Überlastung des Risikoausgleichs?

Verschiedentlich ist die Befürchtung geäussert worden, die Einspeisung der Kantonsbeiträge über die beschriebenen Transfermechanismen könnte bestehende Instrumente, insbesondere den Risikoausgleich, sprengen. Diese Befürchtung, wurde in der Zusatzstudie von Spycher untersucht. Diese sollte insbesondere die Auswirkungen einer monistischen Finanzierung auf Funktionsfähigkeit und Umverteilungsvolumen der gemeinsamen Einrichtung abklären. Dabei wurde angenommen, dass die Kantonsbeiträge pro Kopf an die Versicherer überwiesen werden. Als Ergebnis zeigt sich, dass das Risikoausgleichsvolumen von 732 Mio. Franken im Jahr 2000 auf 1'039 Mio. Franken angestiegen wäre, wäre die monistische Finanzierung in diesem Jahr bereits in Kraft gewesen. Obschon also die Versicherer durch den Übergang zum monistischen System zusätzlich Kosten in Höhe von 4.5 Mia. Franken zu tragen gehabt hätten, wäre das Umverteilungsvolumen nur auf gut eine Milliarde Franken gestiegen.<sup>38</sup> Dadurch wäre der Risikoausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung weder gesprengt noch sonst in seiner Funktionsweise gestört worden.

### d. Verschärfte Risikoselektion?

Ein Nachteil der beschriebenen Varianten (mit Ausnahme der Varianten 4.2 und 4.3) besteht darin, dass sich die Probleme leicht verschärfen würden, die sich aus der ungenügenden Differenzierung des geltenden Risiko(struktur-)ausgleichs ergeben. Bei der dual-fixen Finanzierung werden die Kantonsbeiträge direkt zur (hälftigen) Begleichung von Spitalrechnungen verwendet, kommen also Versicherern mit ho-

<sup>37</sup> Stellungnahme von H+ in der Arbeitsgruppe.

<sup>38</sup> Vgl. das Grundlagenpapier von S. Spycher in Anhang A8.

hen Spitalkosten stärker zu Gute als solchen mit niedrigen. Dies ist bei der monistischen Finanzierung nicht mehr im gleichen Umfang der Fall. Die Korrelation zwischen Kantonsbeiträgen und Spitalkosten pro Versicherer nimmt ab. Diese qualitative Überlegung wird durch die Modellrechnung im Rahmen des Zusatzgutachtens Spycher insofern gestützt, als die Durchschnittskosten der Versicherer bei der monistischen Finanzierung unter sonst gleichen Umständen weiter auseinanderliegen als bei der dual-fixen. Damit steigt der Anreiz für die Versicherer, Risikoselektion zu betreiben.<sup>39</sup> Als Schlussfolgerung ergibt sich somit, dass bei monistischer Finanzierung eine Verstärkung des Risikoausgleichs von grösserer Bedeutung wäre als bei dual-fixer Finanzierung gemäss 2. KVG-Revision. Alternativ könnten die Prämien im Vergleich zu heute etwas nach Risiko differenziert werden. Vollkommen risikogerechte Prämien, welche den Risikoausgleich vollends überflüssig machen würden, dürften demgegenüber politisch keine Option darstellen.<sup>40</sup>

#### **4.4.8 Stärke-Schwäche-Analyse der einzelnen Varianten**

Die insgesamt sechs Varianten unterscheiden sich weniger stark voneinander, als es auf den ersten Blick erscheint. Die Kantonsbeiträge pro Versicherten fließen bei allen Varianten dorthin, wo der einzelne Versicherte sich versichern lässt, unabhängig davon, ob sie vom Kanton direkt an die Versicherer überwiesen werden (Varianten 4.1–4.3) oder von den Versicherten einbezahlt werden (Varianten 4.4–4.6). Es handelt sich somit in allen Fällen um Subjektsubventionen. Die Kostentransparenz für die Versicherten wäre bei den Varianten 4.4–4.6 eindeutig grösser. Ihre Prämien lägen gegenüber heute rund 30–40% höher<sup>41</sup>. Im gleichen Umfang würden ihnen aber Kantonsbeiträge zufließen (Variante 4.4 und 4.5) oder Steuerermässigungen gewährt (Variante 4.6). Ob diese höhere Kostentransparenz zu Verhaltensänderungen bei den Versicherten führen würde, ist allerdings fraglich, eben weil ein Teil der Prämien ohnehin von dritter Seite finanziert würde. Auch für die Krankenversicherer/MCOs spielt es keine Rolle, ob das Geld vom Kanton oder vom Versicherten kommt. Für sie ist einfach wichtig, die betreffenden Versicherten bei sich unter Vertrag zu haben, besonders wenn es sich um gute Risiken handelt. Die Kantonsbeiträge folgen dann den Versicherten.

Negative Anreizeffekte sind vor allem bei Variante 4.3 zu erwarten. Versicherer, die keine Anstrengungen unternähmen, ihre Kosten zu senken, würden belohnt und umgekehrt. Es handelte sich dabei erneut um einen retrospektiven Kostenausgleich, wie man ihn im Rahmen einer Verbesserung des Risikoausgleichs gerade eliminieren will. Aus diesem Grunde kommt Variante 4.3 eher nicht in Frage. Auch bei Variante 4.2 ergeben sich je nach Ausgestaltung von Hochrisiko- bzw. Hochkostenpool unerwünschte Anreizeffekte. Ausserdem befindet man sich dabei voll in der Debatte um die Ausgestaltung des Risikoausgleichs, welche nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist. Die Varianten 4.5 und 4.6 weisen grössere praktische und politische Umsetzungsprobleme auf, auch wenn gerade Variante 4.6 aus einer wettbewerbsorientierten Optik vom Grundsatz her bestechend ist. Damit verbleiben die Varianten 4.1 und 4.4, die sich eigentlich nur dadurch unterscheiden, ob die Kantonsbeiträge direkt oder indirekt über die Versicherten an die Krankenversicherer fließen. Variante 4.1 ist administrativ einfacher zu handhaben, politisch leichter umzusetzen und steht damit im Vordergrund. Tabelle 3 zeigt die Stärken und Schwächen der einzelnen Varianten im Überblick.

---

<sup>39</sup> Aus volkswirtschaftlicher Sicht generiert Risikoselektion keinen Nutzen, sondern lediglich Kosten.

<sup>40</sup> Vgl. zu einem Plädoyer für risikogerechte Prämien Zweifel und Breuer 2002.

<sup>41</sup> Gemäss BSV-internen Berechnungen.



Tabelle 3: Vergleichende Stärke-Schwäche-Analyse der einzelnen Varianten

	Stärken	Schwächen
Variante 4.1	Hohe Transparenz für Kantone/Versicherer Gut planbar Administrativ einfach	Verschärft Problem der Risikoselektion, falls der RA nicht verbessert wird.
Variante 4.2	Entschärft Problem der Risikoselektion	Problematik von Hochrisiko- (Hochkosten-)pool <sup>1</sup>
Variante 4.3	Keine verschärfte Risikoselektionsproblematik im Vergleich zur dual-fixen Finanzierung	Unerwünschte Anreizeffekte Retrospektives Kostenerstattungsprinzip
Variante 4.4	Volle Kostentransparenz für alle Akteure	Administrativ aufwändig Politisch wenig realistisch
Variante 4.5	Konzentration auf einen Transferkanal	Administrativ aufwändig Vermischung zwischen Bundes- und Kantonssubventionen Diverse Umsetzungsprobleme Politisch wenig realistisch
Variante 4.6	Kanton greift nur zur sozialen Abfederung ein Macht deutlich, wer Gesundheitsausgaben letztlich trägt (private HH) Volle Kostentransparenz für die Versicherten	Diverse Umsetzungsprobleme Politisch wenig realistisch

<sup>1</sup> Wird hier nicht weiter vertieft.

## 4.5 Fazit

Die in diesem Kapitel im Sinne einer Auslegeordnung dargestellte Übersicht macht deutlich, dass die Kantonsbeiträge auf sehr unterschiedliche Weise ins System eingeführt werden könnten. Nach den dargestellten Überlegungen steht für den externen Experten die Variante 4.1 im Vordergrund, vorausgesetzt, der Risikoausgleich werde gleichzeitig verbessert.

## 4.6 Einschätzung durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe

Tabelle 4 zeigt die Einschätzung der diskutierten Varianten durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe.

Tabelle 4: Überweisung der Kantonsbeiträge: Einschätzung durch Arbeitsgruppe

	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6
BSV <sup>1</sup>	1	2	2	6	6	6
H+	1	1	6	6	6	6
FMH	–	–	–	–	–	–
Sekretariat der Weko <sup>2</sup>	2	–	–	1	–	–
EVD	–	–	–	–	–	–
EFV	1	–	–	2	–	–
SDK	1	3	4	6	4	5
santésuisse <sup>3</sup>	1	3	1	4	5	6
– Mehrheit der AG	1 (mit rev. RA)	3–6 (je nach RA)	1 (ohne rev. RA)	4	5	6
– Minderheit der AG	1 (ohne rev. RA)	4	6	2	3	5
Ext. Experte	1	3	6	2	4	5

\* Beste Variante 1 Punkt, schlechteste 6 Punkte

1 Kommentar VertreterInnen BSV: Variante 4.3 käme an sich in Frage, ist aber, bei gleicher Wirkung, die schlechtere Lösung als 4.1. Die Varianten 4.4 bis 4.6 kommen demgegenüber nicht in Frage.

2 Kommentar Sekretariat der Weko: Die Variante 4.4 hat gegenüber der Variante 4.1 den Vorteil, dass sie durch die volle Kostentransparenz das Kostenbewusstsein und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern erhöhen würde.

3 Die Frage wurde im Rahmen der santésuisse-Arbeitsgruppe (AG) «3. KVG-Revision» diskutiert. Die Stellungnahme entspricht der Mehrheit dieser Arbeitsgruppe. Als Mitglied der EDI-Arbeitsgruppe «monistische Finanzierung» hält Thomas Griching fest, dass er bei Variante 4.3 eine andere Haltung vertritt. Er lehnt Variante 4.3 ab und spricht sich klar für die Variante 4.1 (Überweisung pro Kopf an die Kassen) aus, auch für den Fall, dass der heutige Risikoausgleich (RA) beibehalten (nicht revidiert) würde. Das entspricht auch der Position eines Teils der santésuisse-Mitglieder.

## 5 Verworfenen Varianten (Modelle)

Alle diskutierten Varianten sind grundsätzlich umsetzbar. Auf den Stufen 1 (wer soll die Funktion des Monisten übernehmen?) und 2 (wie soll der Kantonsanteil fixiert werden?) werden keine Varianten ausgeschieden. Bei der Wahl zwischen ihnen handelt es sich um inhärent politische Entscheidungen, die mit diesem Gutachten nicht vorweggenommen werden können.<sup>42</sup> Auf Stufe 3 (wie werden die Kantonsbeiträge ins System eingeschleust?) werden demgegenüber die Varianten 4.3<sup>43</sup> wegen ihrer unerwünschten Anreizeffekte sowie 4.4 bis 4.6 wegen den damit verbundenen praktischen und politischen Umsetzungsproblemen ausgeschieden. Die Arbeitsgruppe teilt diese Einschätzung mehrheitlich.

42 Eine Ausnahme bildet die Variante mit den Kantonen als Monisten im Rahmen eines Globalbudgetmodells, doch werden Globalbudgetmodelle im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus den beschriebenen Gründen nicht weiter verfolgt.

43 Für santésuisse wäre eine solche Variante als Übergangslösung bis zur Verbesserung des Risikoausgleichs allerdings mehrheitlich vorstellbar.

## 6 Monistische Finanzierung im bestehenden regulatorischen Umfeld (Stand 2. KVG-Revision)

### 6.1 Beschreibung der Finanzierungsvariante

Untersucht wird die folgende Finanzierungsvariante:

- a) Monistische Finanzierung mit den Krankenversicherern und MCOs als Monisten.
- b) Der Finanzierungsanteil der Kantone an den gesamten OKP wird im KVG festgelegt.
- c) Die Kantonsbeiträge werden pro Kopf an die Krankenversicherer/MCOs überwiesen.
- d) Die Regulierung des Gesundheitswesens durch das KVG, insbesondere der Kontrahierungszwang und die Kompetenz der Kantone zur Spitalplanung, bleiben auf dem heutigen Stand unverändert erhalten.<sup>44</sup>

Die Einführung einer monistischen Finanzierung würde die Rolle der Kantone unter diesem Regime nur marginal tangieren. Es ergäbe sich eine leichte Entflechtung der Aufgaben, indem die Kantone bei Tarifverhandlungen formal nur noch auf der Angebotsseite (als Eigentümer der öffentlichen Spitäler) involviert wären. Umgekehrt läge die Finanzierungsverantwortung ausser für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie Lehre und Forschung, Notfalldienste etc. vollumfänglich bei den Kassen und MCOs.<sup>45</sup> Sonst ergäbe sich gegenüber der 2. KVG-Revision formal keine Änderung.<sup>46</sup>

### 6.2 Auswirkungen auf die Akteure

Die zentrale Frage ist, welche Auswirkungen sich auf Machtposition, Anreize und Verhalten der beteiligten Akteure ergäben.<sup>47</sup>

#### a. Kassen

An den in Anhang A.4 dargestellten Einflussmöglichkeiten der Kassen ändert sich durch die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems unter Beibehaltung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Leistungserbringern wenig. Zwar wird den Kassen formal die gesamte Finanzierungsverantwortung übertragen. Zu Leistungseinkäufern werden sie dadurch aber noch lange nicht, weil sie weiterhin im traditionellen Bereich die Patientenströme nicht lenken können, kaum Einfluss auf Art und Umfang der konsumierten Leistungen haben und gegenüber allen zugelassenen Leistungserbringern zahlungspflichtig sind. Kann die einzelne Kasse bei Verhandlungen über die Höhe von Pauschalen oder die Qualität von Leistungen gegenüber einem Spital nicht damit drohen, weniger Leistungen nachzufragen, ist ihre Verhandlungsmacht letztlich begrenzt.

Für die Kassen bleiben auch die Anreize unverändert. Schon heute haben sie ein Interesse an niedrigen Tarifen bzw. Pauschalen. Daran ändert die Einführung einer monistischen Finanzierung nichts. Das Problem besteht nicht darin, dass die Kassen nicht die richtigen Anreize hätten, sondern dass sie Art und Umfang der von ihren Versicherten konsumierten Leistungen nicht beeinflussen können.

---

44 Die Spitalplanung wäre im Vergleich zur heutigen Situation gemäss Botschaft des Bundesrates zur 2. KVG-Revision (de facto) noch ausgedehnt worden (vgl. die ausführliche Darstellung in Anhang A3), was aus Sicht des Verfassers einen Schritt in die falsche Richtung dargestellt hätte.

45 Unvorhergesehene (vorübergehende) Defizite müssten genau wie bei der dual-fixen Finanzierung gemäss 2. KVG-Revision auch weiterhin von den jeweiligen Eigentümern getragen werden.

46 Die Kantone wären auch weiterhin Schlichtungsinstanz gemäss Art. 47 KVG.

47 Die «Marktstruktur» würde bei dieser Variante definitionsgemäss nicht tangiert.

Insgesamt ist damit nicht anzunehmen, dass sich das Verhalten der Kassen gegenüber dem Vergleichszustand gemäss 2. KVG-Revision verändern würde. Dies ist anders beim Übergang von der heutigen Situation zu derjenigen gemäss 2. KVG-Revision, weil die Querelen darüber, wer welchen Anteil der Kosten zu bezahlen hat, damit ausgeräumt sein sollten. Mit der monistischen Finanzierung würde zusätzlich auch die Abgrenzungsproblematik zwischen stationären und nicht stationären Leistungen entschärft.

Unterschiede können sich demgegenüber für die einzelnen Kassen ergeben. Die Verteilung der Kantonsbeiträge nach Kassen unterscheidet sich bei dual-fixer und monistischer Finanzierung, und zwar umso stärker, je grösser die Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten sind und je schlechter der Risikoausgleich ausgestaltet ist.

### **b. Managed Care Organisationen**

Für die MCOs bringt die Einführung einer monistischen Finanzierung deutliche Vorteile, weil sie damit die vollen Kosteneinsparungen aufgrund ihrer geringeren Hospitalisationsraten selber realisieren könnten. Vorausgesetzt, die Prämiengestaltung für MCOs werde nicht durch weitere Restriktionen behindert, ergäbe sich für diese Versicherungsformen eine weit günstigere Ausgangslage im Kampf um Versichertenanteile. Die monistische Finanzierung verstärkt damit die Anreize für die Versicherten, eine besondere Versicherungsform zu wählen. MCOs unterliegen bereits heute nicht dem Vertragszwang und sind somit in einer wesentlich besseren Verhandlungsposition gegenüber stationären Leistungserbringern als die Kassen im traditionellen Versicherungsbereich. Die Einführung der monistischen Finanzierung bringt kurzfristig keine weitere Verbesserung dieser Verhandlungsposition. Mittelfristig könnte demgegenüber die Marktmacht dieser Versicherungsformen infolge des zunehmenden Versichertenanteils steigen und sich damit auch in besseren Verhandlungsergebnissen niederschlagen.

Auch bei den Anreizen ergibt sich für die MCOs eine Änderung, weil die subventionsbedingte Verzerrung der Kosten zwischen stationären und ambulanten Leistungen entfällt. Auch bei der dual-fixen Finanzierung kann es genau wie heute Fälle geben, in denen eine Behandlung im Spital für das MCO günstiger ist als ausserhalb des Spitals, obwohl die vollen Kosten der Behandlung im Spital höher sind. MCOs sind ja – im Gegensatz zu den Krankenversicherern im traditionellen Versicherungsbereich – durchaus in der Lage, die Behandlungspfade ihrer Patienten in einem gewissen Umfang zu steuern. Die Einführung einer monistischen Finanzierung würde diesen unerwünschten Anreiz eliminieren.

### **c. Kantone**

An der zentralen Rolle der Kantone würde sich durch die Einführung der monistischen Finanzierung in der beschriebenen Form de facto nichts ändern, weil der Kontrahierungszwang und die Planungskompetenz im stationären Bereich unangetastet blieben. Zwar ergäbe sich formal eine gewisse Entflechtung der Mehrfachfunktion der Kantone, weil sie nur noch als Eigentümer stationärer Einrichtungen und allenfalls als Schiedsrichter in Erscheinung träten, wenn sich die Parteien bei den Tarifverhandlungen nicht einigen könnten. Ihre unter Anhang A4 beschriebene dominante Machtposition bliebe dagegen bestehen. Auch an ihrer Interessenlage änderte sich nichts, solange sie Eigentümer der öffentlichen Spitäler blieben.<sup>48</sup>

Eine offene Frage, die nicht restlos geklärt werden konnte, ist demgegenüber, ob der Wechsel vom dual-fixen zum monistischen System auch tatsächlich zwingend einen Übergang zu einer leistungsorientierten Finanzierung in dem Sinne zur Folge hätte, dass die Spitäler dem Versicherer und dem Wohnkanton jeweils hälftig Rechnung stellen würden. In der öffentlichen Diskussion – auch im Parlament – wurde dies bisher stillschweigend angenommen und auch als grosser Vorteil der 2. KVG-Revision dargestellt. Aus der Mitte der Arbeitsgruppe wurde nun aber argumentiert<sup>49</sup>, es sei eine Illusion, zu glauben, mit der 2. KVG-Revision erfolge automatisch ein Übergang zur leistungsorientierten Finanzierung. Da der Bund diesbezüglich den Kantonen nichts vorschreiben könne, würden diese (mehrheitlich) die stationäre

---

<sup>48</sup> Dies wäre anders, wenn sich die Kantone aus der Trägerschaft der öffentlichen Spitäler zurückziehen würden.

<sup>49</sup> Insbesondere von Frau Müller Imboden (FMH).

Versorgung auch weiterhin über Spitalbudgets und Leistungsaufträge planen. Im Vergleich zur heutigen Situation trete lediglich die zusätzliche Restriktion dazu, dass Ende Jahr die Finanzierung hälftig auf den Kanton entfallen müsse.

Sollte sich diese Überlegung als zutreffend erweisen, dann wäre der mit der 2. KVG-Revision erreichte Fortschritt kleiner als bisher allgemein angenommen wurde, während umgekehrt der Übergang zur monistischen Finanzierung selbst im Rahmen des geltenden KVG deutlich grössere Effizienzvorteile mit sich brächte. Bei der monistischen Finanzierung würde den Spitälern von den Kantonen kein Budget mehr zur Verfügung gestellt.<sup>50</sup> Die entsprechenden Beiträge würden vielmehr – z.B. pro Versicherten – an die Krankenversicherer fliessen. Alle Leistungen würden erst nach erfolgter Rechnungsstellung abgegolten (über prospektive diagnosespezifische Fallpauschalen). Erst damit wäre die angestrebte leistungsorientierte Finanzierung auch tatsächlich erreicht.

Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass sich der Übergang zu einer leistungsorientierten Finanzierung effizienzsteigernd auswirken würde. Zunächst würde die Transparenz des Finanzierungsmechanismus deutlich verbessert. Zweitens würde der sog. Budget-Inkrementalismus eliminiert. Darunter versteht man die theoretisch und empirisch gut abgestützte Beobachtung, dass die Aufteilung eines staatlichen Budgets auf bestehende organisatorische Einheiten über die Zeit nur sehr schwer und in kleinen Schritten verändert werden kann. Entsprechend tendieren solche Systeme zu struktureller Erstarrung. Diese Befürchtung ist im Spitalbereich ohne Zweifel angebracht. Erfolgt die Finanzierung statt über vorgegebene Budgets vollumfänglich über preisähnliche Einkünfte, verändert sich diese Situation. Es zeigt sich sofort viel deutlicher, wo Finanzierungslücken klaffen und wo struktureller Anpassungsbedarf besteht. Dies dürfte die Flexibilität des Systems und damit auch die Ressourcenallokation substantiell verbessern. Drittens ist anzunehmen, dass der Druck auf die Spitäler, Effizienzsteigerungen zu erzielen, zunehmen dürfte. Schliesslich dürfte viertens auch die Einsicht gefördert werden, dass die Spitäler mehr unternehmerischen Freiraum brauchen, um in diesem rauheren Umfeld zu bestehen. Inwiefern es sich dabei um Vorteile handelt, die erst mit der Einführung einer monistischen Finanzierung in allen Kantonen anfallen, hängt wie erwähnt davon ab, wie die Kantone die dual-fixe Finanzierung praktisch umsetzen. Der Bund kann ihnen diesbezüglich keine Vorschriften machen. Die Möglichkeit, im stationären Sektor Globalbudgets als Steuerungsinstrument einzusetzen, bleibt in der 2. KVG-Revision jedenfalls unangetastet.

#### **d. Spitäler**

An der Machtposition der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ändert sich durch die Einführung der monistischen Finanzierung ohne Aufhebung des Vertragszwangs ebenfalls wenig. Weil weiterhin Verbandsverträge dominieren würden (vgl. Abschnitt 7.5) und sowohl die Verhandlungsmacht der Verbände als auch die Eingriffsmöglichkeiten von Preisüberwacher und Bundesbehörden unverändert blieben, ergäbe sich diesbezüglich kaum eine Änderung im Vergleich zur heutigen Situation (vgl. Anhang A.4). Auch die Kantone dürften sich weiterhin für «ihre» Spitäler einsetzen, solange sie an der Trägerschaft beteiligt sind.

Bezüglich Anreizen ist eine Änderung festzustellen. Bei der dual-fixen Finanzierung besteht wegen der mehrfach beschriebenen, subventionsbedingten Kostenverzerrung auf Seite der öffentlichen Spitäler ein Anreiz, stationäre Leistungen teilstationär bzw. ambulant im Spital durchzuführen, weil in diesem Fall kein Kantonsbeitrag an die anrechenbaren Betriebskosten fällig wird.<sup>51</sup> Dieser Anreiz entfällt durch die monistische Finanzierung. In welchem Ausmass der heute beobachtbare starke Anstieg solcher Leistungen auf diese Kostenverzerrung zurückzuführen ist, ist eine empirische Frage. Es gibt zumindest zwei Argumente, die in dieser Hinsicht zur Vorsicht mahnen: Einmal ist fraglich, inwiefern sich die Ärzte tatsächlich an solche Vorgaben – wenn es sie denn gäbe – halten würden.<sup>52</sup> Zum zweiten hat man eine

---

50 Ev. mit Ausnahme von Investitionskrediten, die aber verzinst und amortisiert werden müssten (vgl. Leu et al. 1999).

51 Fälschlicherweise ist oft argumentiert worden, diese Kostenverzerrung führe zu einer grösseren Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Bei der dualen Finanzierung läge das zwar im Interesse der Kassen, doch haben diese im traditionellen Versicherungsbereich nur einen geringen Einfluss auf die Frage, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird.

52 In der Arbeitsgruppe wurde auch argumentiert, «dass die Leistungserbringer auf Grund der (derzeit noch kaum unter Druck geratenen) Preisgestaltung im ambulanten Bereich ein Interesse haben, diese Behandlungsformen zu fördern...»

ähnliche Entwicklung auch bei den Privatspitälern beobachten können, bei welchen eine entsprechende Kostenverzerrung nicht existiert. Mindestens z.T. dürfte es sich daher um eine medizintechnologisch bedingte Verschiebung von der stationären zur teilstationären/ambulanten Spitalbehandlung handeln.

Empirische Untersuchungen zu den Determinanten dieser Entwicklung liegen bislang zwar nicht vor. Aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern kann man aber trotzdem davon ausgehen, dass sich die Entwicklung in Richtung Kurzaufenthalt auf Grund der medizinischen und pflegerischen Fortschritte weiterhin fortsetzen dürfte (minimalinvasive oder medikamentöse Behandlung, Nachsorge in häuslicher oder sonst infrastrukturarmer Umgebung).<sup>53</sup>

## 6.3 Auswirkungen auf Kosten und Finanzierung

### a. Kosten

Die Kostenentwicklung dürfte durch die beschriebene Finanzierungsvariante kurzfristig höchstens geringfügig beeinflusst werden. Zwar reduziert sich der Anreiz bei den öffentlichen Leistungsanbietern, stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen, weil die auf die duale Finanzierung zurückzuführende Kostenverzerrung entfällt. Die zu beobachtende Entwicklung in Richtung auf vermehrt ambulante Spitalbehandlungen dürfte jedoch wie erwähnt in erster Linie auf medizinische und pflegerische Fortschritte zurückzuführen sein. Entsprechend ist auch nicht anzunehmen, dass die Aufhebung dieser Verzerrung den Trend zu ambulanter Spitalbehandlung bremsen und die Spitalkosten insgesamt erhöhen würde. Ausserdem verschwindet der Anreiz für MCOs, Behandlungen nur aus Kostengründen im Spital durchführen zu lassen, auch wenn dies gesamtwirtschaftlich die teurere Variante ist. Dies dürfte aber bereits heute die Ausnahme und nicht die Regel darstellen. Mittelfristig kann demgegenüber durchaus angenommen werden, eine an den effektiven Kosten orientierte Allokation der medizinischen Leistungen auf Behandlungsebenen könne sich dämpfend auf das Kostenwachstum auswirken.

Ebenso ist anzunehmen, dass die durch die monistische Finanzierung erfolgende Förderung der Managed Care Modelle sich mittel- und langfristig durchaus bremsend auf die Kostenentwicklung auswirken werde. Dieser Effekt wäre allerdings auch ohne monistische Finanzierung durch eine Erweiterung von Artikel 49 Abs. 3 KVG zu erreichen (vgl. Moser/Löffel 2001, unveröffentlicht). Ausserdem dürften zusätzliche Massnahmen notwendig sein, um Managed Care Modellen in der Schweiz zum Durchbruch zu verhelfen (vgl. Teilprojekt Managed Care).

### b. Verteilung der Finanzierungslast

Ob sich die Finanzierungsaufteilung zwischen Prämien und Steuern überhaupt (spürbar) verändern kann, hängt davon ab, welche der unter 4.2 aufgeführten Finanzierungsvarianten gewählt wird. Wird eine Variante gewählt, welche die bisherigen Finanzierungsanteile an den OKP-Kosten im KVG festschreibt, ändert sich die Finanzierungsaufteilung und damit auch die Prämienbelastung nicht (statische Betrachtung). Verzichtet man demgegenüber auf eine Regelung im KVG, können sich Finanzierungsaufteilung und Prämienhöhe verändern.

## 6.4 Auswirkungen auf chronisch Kranke

Die beschriebene Finanzierungsvariante hat keine ersichtlichen Auswirkungen auf chronisch Kranke im Vergleich zur Situation gemäss 2. KVG-Revision.

---

<sup>53</sup> Hinweis von A. Müller-Imboden (FMH).

## 6.5 Umsetzung in der Gesetzgebung

Die nachstehenden Überlegungen für die notwendigen Gesetzesänderungen im Falle einer Einführung der monistischen Finanzierung sind in verdankenswerter Weise vom BSV (Ressort Tarife und Leistungserbringer) ausgearbeitet worden. Weil in Variante 4.2 ein Teil der Kantonsbeiträge über einen Hochrisiko- oder Hochkostenpool ins System eingeführt wird, werden auch die notwendigen Gesetzesänderungen dargestellt, die sich für zwei unterschiedliche Versionen eines Hochkostenpools ergäben. Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Frage, inwiefern ein solcher Pool erwünscht wäre und wie er allenfalls ausgestaltet sein sollte, im vorliegenden Gutachten nicht untersucht und in der Arbeitsgruppe nicht diskutiert worden ist (diese Thematik wird in der Arbeitsgruppe «Risikoausgleich» vertieft behandelt). Die unter 6.5.2c skizzierten Varianten sind von Seite des BSV in dieser Form eingebracht worden.

### Vorbemerkung<sup>54</sup>

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die erforderlichen Gesetzesänderungen sich nicht allein auf die Frage des Übergangs zum monistischen System beschränken können, sondern die Gesamtsystematik des KVG und die darin vorgesehenen Instrumente einbeziehen müssen. In diesem Sinne bilden die folgenden Vorschläge keine abschliessende Aufzählung, sondern sollen einzig eine Diskussionsgrundlage für die weiteren Arbeiten bilden. Angesichts des thematischen Zusammenhangs ist es erforderlich, dass eine Verbindung zu den Vorschlägen des Teilprojektes Managed Care geschaffen wird. Bezüglich der Frage der Einführung und Definition der Managed Care Organisationen sowie des Pools ist allerdings noch vieles unklar und soll der vorgeschlagene Text nur einen Denkanstoss darstellen.

### 6.5.1 Für den Übergang zum monistischen System erforderliche Gesetzesänderungen

- Streichung der Artikel, welche eine Beitragspflicht der Kantone an die stationäre Behandlung enthalten:
  - Artikel 41 Absatz 3 (Beitrag des Kantons bei ausserkantonaler Behandlung): streichen.
  - Artikel 49 Absatz 2: Die Vergütungen nach den Absätzen 2 und 3 dürfen keine Kostenanteile für Lehre und universitäre Forschung enthalten. (Rest streichen)
- Einführung und Definition der Managed Care Organisationen im Gesetz.
  - Erwähnung in Artikel 11 KVG
  - Definition in Artikel 12bis (neu)
- Anpassung der Artikel über die Kostenübernahme und Tarifverträge
  - Artikel 41: Anpassung an Einführung der Managed Care Organisationen.
  - Artikel 46: Anpassung an die MCOs als Tarifpartner
  - Artikel 49: Regelung der Vergütung der Leistungserbringer im Rahmen von Versorgungsmodellen.
  - Artikel 50a (neu): Bestimmung, dass zwischen MCOs und in Versorgungsmodellen organisierten Leistungserbringern Versichertenpauschalen vereinbart werden können/müssen.
- Festlegung der Beitragspflicht der Kantone an die Monisten.
  - Artikel 64a (neu)
- Anpassung der Artikel über den Risikoausgleich und Überführung ins ordentliche Recht
  - gemäss Vorschlag der Arbeitsgruppe Risikoausgleich
- Allenfalls Artikel zur Einführung eines Pools
  - finanziert durch Versicherer und Kantone; oder
  - finanziert durch Kantone

---

<sup>54</sup> Verfasser: Fe, 3.4.03, Bearbeitet durch: San, 8.4.03.

## 6.5.2 Ansätze für die erforderlichen Gesetzesänderungen

### a. Einführung und Definition der Managed Care-Organisationen

---

*Art. 11 Bst. c (neu)*

Die obligatorische Krankenversicherung wird betrieben durch

c. Managed Care-Organisationen im Sinne von Artikel 12a.

---

*Art. 12a (neu) Managed Care-Organisationen*

Managed Care-Organisationen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, als Versicherer *oder in deren Auftrag* Versorgungsmodelle nach Artikel 53a (neu)<sup>55</sup> anbieten und vom Departement anerkannt sind.

---

### b. Monistisches Finanzierungssystem mit Festlegung der Beitragspflicht der Kantone an die Monisten; Variante 4.1

---

*Abschnitt 3a (neu): Beiträge der öffentlichen Hand*

*Artikel 64a (neu)*

<sup>1</sup> Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Beiträge an die Versicherer.

<sup>2</sup> Der Beitrag des Kantons an jeden Versicherer beträgt pro versicherte Person X Prozent der im Vorjahr bei diesem Versicherer angefallenen Kosten pro versicherte Person. Sind die Prämien des Versicherers nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden nach Artikel 61 Absatz 2 abgestuft, wird der Beitrag des Kantons gleichermassen abgestuft.

---

### c. Monistisches Finanzierungssystem und Verbesserung des Risikoausgleichs mit Einführung eines Pools (Hochkosten- oder Hochrisikopool); Variante 4.2

- bei Finanzierung durch Versicherer und Kantone

---

#### **Abschnitt 3a (neu): Beiträge der öffentlichen Hand**

*Artikel 64a (neu)*

<sup>1</sup> Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Der Beitrag des Kantons beträgt pro versicherte Person X Prozent der im Vorjahr angefallenen Kosten pro versicherte Person .

---

*Abschnitt 5 (neu): Risikoausgleich*

*Artikel 66b (neu) Risikoausgleich*

*Überführung Art. 105 KVG ins ordentliche Recht*

*Art. 66c (neu) Pool*

<sup>1</sup> Versicherer und Kantone richten gemeinsam einen Pool ein.

<sup>2</sup> Die Versicherer können pro versicherte Person die Kosten, die die vom Bundesrat festgesetzte Grenze überschreiten, in den Pool anmelden.<sup>56</sup>

<sup>3</sup> Der Pool wird von Versicherern und Kantonen gemeinsam finanziert. Die Kantone entrichten pro angemeldete versicherte Person den in Artikel 64a Absatz 2 genannten Beitrag. Der Versicherer übernimmt für die von ihm angemeldete versicherte Person einen Anteil von 30% an den Kosten der über den Pool abgewickelten Leistungen.<sup>57</sup>

<sup>4</sup> Die gemeinsame Einrichtung verwaltet den Pool.

<sup>5</sup> Der Bundesrat erlässt die notwendigen Ausführungsbestimmungen.

---

<sup>55</sup> Versorgungsmodelle im Sinne des Vorschlags der Arbeitsgruppe «Managed Care», in welchen die Leistungserbringer für die Versorgung eines Versichertenkollektivs die Budgetverantwortung übernehmen.

<sup>56</sup> Dieser Absatz ist als denkbare Variante im Sinne einer Ausgestaltung als Hochkostenpool redigiert.

<sup>57</sup> Nicht geregelt ist damit, was bei einer finanziellen Über- oder Unterdeckung des Pools passiert.



**oder**

- bei Finanzierung des Pools durch die Kantone

---

**Abschnitt 3a (neu): Beiträge der öffentlichen Hand**

*Artikel 64a (neu)*

<sup>1</sup> Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Der Beitrag des Kantons beträgt pro versicherte Person X Prozent der im Vorjahr angefallenen Kosten pro versicherte Person.

---

*Abschnitt 5 (neu): Risikoausgleich*

*Artikel 66b (neu) Risikoausgleich*

*Überführung Art. 105 KVG ins ordentliche Recht*

---

**Artikel 66c (neu) Pool**

<sup>1</sup> Die Kantone richten gemeinsam mit den Versicherern einen Pool ein.

<sup>2</sup> Die Versicherer können pro versicherte Person die Kosten, die die vom Bundesrat festgesetzte Grenze überschreitet, in den Pool anmelden. Sie übernehmen für die von Ihnen angemeldete versicherte Person jeweils einen Anteil von 30% der Kosten.<sup>2</sup>

<sup>3</sup> Der Pool wird durch die Kantone finanziert.

<sup>4</sup> Die nicht in den Pool fliessenden Kantonsbeiträge nach Artikel 64a werden als Pro-Kopfbeitrag den Versicherern zugeteilt.

<sup>5</sup> Die gemeinsame Einrichtung verwaltet den Pool.

<sup>6</sup> Der Bundesrat erlässt die notwendigen Ausführungsbestimmungen.

---

**6.6 Fazit**

Unter dem geltenden KVG ebenso wie unter der Regulierung gemäss 2. KVG-Revision kann eine monistische Finanzierung ihre Vorzüge offensichtlich nur beschränkt entfalten. Trotzdem ergeben sich im Vergleich zur dual-fixen Finanzierung gemäss 2.KVG-Revision eine Reihe von Vorteilen:

1. Die subventionsbedingte Kostenverzerrung zwischen stationären und nicht stationären Behandlungen entfällt. Weil die Wahl der Therapieform unter «Kostenwahrheit» getroffen wird, ergibt sich eine bessere Allokation der Gesundheitsleistungen auf Behandlungsebene.<sup>58, 59</sup>
2. Bei monistischer Finanzierung würden alle medizinischen Leistungen prozentual gleich stark subventioniert, unabhängig davon, ob sie stationär, teilstationär oder ambulant erbracht werden. Damit entschärfte sich die Abgrenzungsproblematik zwischen diesen Behandlungsformen, was wiederum die Einführung von diagnosespezifischen Fallpauschalen wesentlich erleichtern würde.
3. Managed Care Organisationen könnten ihr Kostensparpotential voll realisieren. Ihre geringeren Hospitalisationsraten würden sich in vollem Umfang als Kostenersparnis bei ihnen niederschlagen und nicht nur knapp zur Hälfte, wie das bei dual-fixer Finanzierung der Fall ist.
4. Bestehen keine weiteren Restriktionen bezüglich Prämienfestsetzung, könnten die Managed Care Organisationen diese geringeren Kosten im vollem Umfang über niedrigere Prämien an die Versicherten weitergeben. Ihre Attraktivität und damit ihr Marktanteil dürfte dadurch steigen.<sup>60</sup> Damit ergäbe sich ein verschärfter Prämien- (Preis-)Wettbewerb im Versicherungsbereich, der sich positiv auf die (betriebswirtschaftliche) Effizienz der Kassen auswirken würde.

---

<sup>58</sup> Dieser Punkt wurde vor allem von der Vertreterin der FMH, A. Müller-Imboden, betont: «Die pekuniär motivierte Therapiewahl wird man nie ganz ausschalten können, indessen sollte man sie durch eine verzerrte Preisgestaltung nicht auch noch fördern».

<sup>59</sup> Nach Ansicht der Vertreterin der FMH liegt hierin das «weitaus grössere Rationalisierungspotential als im kontrahieren oder nicht kontrahieren mit einzelnen Leistungserbringern» (schriftliche Mitteilung vom 31.01.03)

<sup>60</sup> Vor allem, wenn zusätzliche Massnahmen zu ihrer Förderung ergriffen würden (vgl. Teilprojekt Managed Care).

5. Die monistische Finanzierung würde eine flächendeckende leistungsorientierte Finanzierung in dem Sinne sicherstellen, als in allen Kantonen die vollen Kosten aller Spitalbehandlungen erst nach erfolgter Leistungserbringung abgegolten würden. In welchem Umfang das im Rahmen der dual-fixen Finanzierung gemäss 2. KVG-Revision der Fall sein würde, ist unklar. Durch diesen Übergang zu einer flächendeckenden leistungsorientierten Finanzierung ergäbe sich eine erhöhte Transparenz, ein erhöhter Effizienzdruck und eine Verbesserung der Ressourcenallokation.
6. Bei der monistischen Finanzierung wird der Anteil der vom Kanton zu übernehmenden Kosten an den gesamten Gesundheitskosten festgeschrieben. Bei der dual-fixen Finanzierung bezieht sich der Kostenteiler nur auf die (teil-)stationären Behandlungskosten. Gehen diese anteilmässig zurück, sinkt auch der kantonale Finanzierungsanteil an den gesamten Gesundheitskosten. Der Begriff dual-fix ist in diesem Sinne irreführend.
7. Im Gegensatz zur dual-fixen Finanzierung enthält die monistische Finanzierung keine Anreize, die kantonale Zersplitterung des Spitalsektors weiter zu zementieren.

Diesen Vorteilen steht als Nachteil gegenüber, dass die auf die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherer zurückzuführenden Kostenunterschiede sich leicht verschärfen würden (vgl. Zusatzgutachten Spycher). Entsprechend ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine Verbesserung des Risikoausgleichs bei monistischer Finanzierung von grösserer Dringlichkeit wäre als bei der dual-fixen gemäss 2. KVG-Revision. Weitere Veränderungen gegenüber der dual-fixen Finanzierung ergäben sich nicht.<sup>61</sup>

## 6.7 Einschätzung durch Mitglieder der Arbeitsgruppe

In diesem Abschnitt wird abgeschätzt, welche der in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen, Verbände oder Behörden die beschriebene monistische Finanzierungsvariante eher begrüessen oder bekämpfen dürften. Tabelle 5 gibt eine Übersicht.

Tabelle 5: *Einschätzung der monistischen Finanzierung im Regulierungsrahmen der 2. KVG-Revision durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe*

Organisation	Starke Zustimmung	Schwache Zustimmung	Schwache Ablehnung	Starke Ablehnung
BSV		x <sup>1</sup>		
H+				x <sup>2</sup>
FMH				
Sekretariat der Weko	x <sup>3</sup>			
EFV		x		
EVD				
SDK			x	
santésuisse	x <sup>4</sup>			
Ext. Experte	x			

1 Kommentar VertreterInnen BSV: Die Verbesserung des Risikoausgleichs ist unabdingbar, der Grad der Zustimmung hängt von der Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen ab.

2 Kommentar VertreterInnen H+: starke Zustimmung für ein monistisches System, aber nicht im Rahmen des geltenden KVG.

3 Kommentar Vertreter Sekretariat der Weko: Starke Zustimmung im Vergleich zu einer dual-fixen Finanzierung (und zum heutigen System), jedoch klare Bevorzugung der Variante einer monistischen Finanzierung im Rahmen eines Ansatzes «Managed Competition».

4 Kommentar Vertreter santésuisse: Die Variante «Monismus im Regulierungsrahmen der 2. KVG-Revision» kommt für santésuisse nur als Übergangslösung in Frage.

61 Angenommen wird dabei, dass ausserkantonale Hospitalisation durch entsprechende Vorschriften an die Versicherer analog zu heute gehandhabt würden.

## 6.8 Persönliche Empfehlung des Experten

Der Wechsel auf eine monistische Finanzierung ist für den Verfasser auch im heutigen Regulierungsmodell, also unter Beibehaltung von Vertragszwang und kantonalen Spitalisten, wegen den angeführten Vorteilen im Vergleich zur dual-fixen Finanzierung gemäss 2. KVG-Revision grundsätzlich wünschenswert. Ausserdem ist davon auszugehen, dass die Umwandlung des heutigen in ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem – falls überhaupt – nur in kleinen Schritten wird erfolgen können. Entsprechend ist ein Übergang zu einer monistischen Finanzierung auch im Sinne einer Übergangslösung sinnvoll, weil die monistische Finanzierung eine Voraussetzung für die Aufhebung des Vertragszwangs darstellt.

# 7 Monistische Finanzierung im Rahmen eines managed competition Ansatzes

## 7.1 Eignet sich Wettbewerb als Allokationsinstrument im Gesundheitswesen?

Wie Wirtschaftssysteme bzw. einzelne Wirtschaftssektoren organisiert werden können, damit für die Bevölkerung eine maximale Wohlfahrt resultiert, ist eine der Grundfragen der Volkswirtschaftslehre. Die grosse Mehrheit der Ökonomen geht weltweit davon aus, dass der Preismechanismus – also das Ordnungsprinzip Wettbewerb – im Allgemeinen besser in der Lage ist, eine an den Präferenzen der Konsumenten orientierte optimale Güterversorgung herbeizuführen als andere Koordinations- bzw. Entscheidungsverfahren. Zwei Einschränkungen müssen dabei angebracht werden: Erstens gibt es ganz bestimmte, heute genau bekannte Umstände, in welchen Märkte nicht optimal funktionieren.<sup>62</sup> Allerdings ist auch in diesen Fällen nicht eindeutig, dass staatliche Eingriffe immer wohlfahrtssteigernd wirken. Aus ökonomischer Sicht gelten diese Funktionsstörungen des Marktmechanismus<sup>63</sup> heute daher lediglich als notwendige, nicht aber als hinreichende Bedingungen für staatliches Eingreifen. Zweitens ist es auch bei effizient funktionierenden Märkten ohne weiteres möglich, dass die aus dem Marktprozess resultierende Verteilung gesellschaftlich als unakzeptabel eingestuft wird. Dieses Problem lässt sich nur über staatliche Umverteilungsmassnahmen lösen, wobei unter Effizienzgesichtspunkten darauf geachtet werden sollte, dass durch die Umverteilung die Steuerungsfunktion der Preise nicht beeinträchtigt wird.

Im Gegensatz zu der beschriebenen positiven Beurteilung des Preismechanismus in der Volkswirtschaftslehre ist die politische Akzeptanz marktwirtschaftlicher Lösungen für gewisse Bereiche der Volkswirtschaft gerade auch in der Schweiz deutlich weniger gross. Das Gesundheitswesen ist einer dieser Sektoren. Im wesentlichen lassen sich dabei drei Gruppen von Argumenten unterscheiden, die gegen marktorientierte Lösungen ins Feld geführt werden: a) Ablehnung des Preismechanismus im Gesundheitswesen aus grundsätzlichen Überlegungen oder aufgrund bestimmter Werthaltungen, b) Zweifel an der Funktionsfähigkeit des Markt-(Preis-)mechanismus im Gesundheitswesen und c) verteilungspolitische Überlegungen. Wir gehen im Anhang A6 auf diese Argumente kurz ein.

Die von den Gesundheitsökonominnen typischerweise vertretene Position lässt sich in drei Punkten zusammenfassen:<sup>64</sup>

- a) Gerade aus ethischer Sicht gibt es gute Gründe, die Allokation der Ressourcen in diesem gesellschaftlich so bedeutsamen Bereich der Volkswirtschaft dem Markt-(Preis-)mechanismus anzuvertrauen.

<sup>62</sup> Externe Effekte, öffentliche Güter, Subadditivität, asymmetrische Information.

<sup>63</sup> Man spricht in diesem Zusammenhang auch von «Marktversagen», wobei aber die Effizienz des Marktes an einem idealen Zustand (vollkommener Wettbewerb) gemessen wird, der in der Realität so kaum existiert.

<sup>64</sup> Vgl. den Aufruf der im Verein für Socialpolitik zusammengeschlossenen deutschsprachigen Gesundheits-ökonominnen zur Gesundheitspolitik in der BRD vom November 2002: «Mehr wettbewerbliche Freiräume im Gesundheitswesen statt Fortsetzung von kurzatmigem Dirigismus».

- b) Die spezifischen Eigenheiten des Gesundheitswesens machen jedoch ganz bestimmte gesetzliche Rahmenbedingungen erforderlich, die dafür sorgen, dass der Wettbewerb zu den gewünschten Ergebnissen führt. Der sog. regulierte Wettbewerb (managed competition) wird diesen Anforderungen gerecht (vgl. Anhang A. 6.3).
- c) Der regulierte Wettbewerb bedarf zusätzlich einer sozialen Abfederung, damit sichergestellt ist, dass alle Bevölkerungsschichten mit vertretbarer finanzieller Belastung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Medizin haben.

## 7.2 Beschreibung der Finanzierungsvariante

In diesem Abschnitt werden die Auswirkungen der Einführung einer monistischen Finanzierung bei einer wettbewerblichen Organisation des Spitalsektors, also im Rahmen eines managed competition-Ansatzes, untersucht. Im Vergleich zum KVG gemäss Revisionsvorschlag des Ständerats werden folgende Änderungen unterstellt:<sup>65</sup>

- a. Monistische Finanzierung mit den Kassen/MCOs als Monisten
- b. Festlegung des Finanzierungsanteils der Kantone an den gesamten OKP-Kosten im KVG (alternativ: föderalistische Lösung gemäss Variante 3.4)
- c. Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten und stationären Bereich
- d. Aufhebung der Spitallisten; subsidiäre kantonale Spitalplanung bzw. Definition von Mindeststandards zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit<sup>66</sup>
- e. Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen, insbesondere
  - Aufhebung der Möglichkeit, Verbandstarife festzulegen (Anpassung der Art. 43 Abs. 5, Art. 46, Art. 47, Art. 48 und Art. 49 KVG)
  - Ausstattung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (ebenso der anderen Leistungserbringer) mit eigener Rechtspersönlichkeit.
- f. Freie Wahl der Vergütungsformen, wie sie insbesondere im ambulanten Bereich bereits heute gegeben ist (Art. 49 Abs. 1 KVG)
- g. Stärkere Ausdifferenzierung und prospektive Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs (gemeinsame Einrichtung)<sup>67</sup>

Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit verlangt zwingend die Aufhebung der kantonalen Spitallisten in ihrer heutigen Form. Kantonale Spitallisten als spezielle Form einer Zugangsbeschränkung sind in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem ein Fremdkörper. In einem solchen System soll die Steuerung des Angebots ja über die Nachfrage erfolgen. Entsprechend sollten die Leistungsanbieter in einem solchen System ausser für gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Lehre und Forschung auch keine direkten (objektbezogenen) Subventionen mehr erhalten. Damit die Kantone ihren verfassungsmässigen Auftrag, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, trotzdem wahrnehmen könnten, müss-

---

<sup>65</sup> Weitere Elemente eines regulierten Wettbewerbsmodells wie Versicherungsobligatorium, Aufnahmepflicht der Versicherer gegenüber versicherungswilligen Personen (Mindest-)Leistungspaket, Risikoausgleich bei nicht risikogerechten Prämien etc. sind alle schon im KVG enthalten.

<sup>66</sup> Die staatliche Festlegung von Mindeststandards passt an sich nicht ins Konzept eines Wettbewerbsmodells (vgl. Anhang A.6.3), dürfte aber in der Schweiz wegen des verfassungsmässigen Auftrags der Kantone zur Sicherstellung der Versorgung kurz- und mittelfristig nicht zu umgehen sein.

<sup>67</sup> Ein Teil der santésuisse Mitglieder, in der Arbeitsgruppe durch Th. Grichtung vertreten, lehnt wie erwähnt jede Verstärkung des Risikoausgleichs ab. Aus Sicht des Verfassers ist eine Verbesserung des Risikoausgleichs demgegenüber eine Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

ten sie ihre Spitalplanung im Sinne einer Festlegung von Mindeststandards subsidiär weiterführen, um eingreifen zu können, falls die Versorgung den kantonalen Mindestanforderungen nicht genügen sollte. Damit sich die monistische Finanzierung im erwünschten Sinn auf die Spitalkapazitäten und -strukturen auswirken könnte, müsste dieses Mindestversorgungsniveau allerdings in den meisten Kantonen im Vergleich zu heute entsprechend internationalen Standards deutlich nach unten angepasst werden. Da sich die Kantone mit der Reduktion von Spitalkapazitäten erfahrungsgemäss schwer tun, stellt sich die Frage, ob diese Mindeststandards nicht auf Bundesebene festgelegt werden sollten (vgl. auch das Teilprojekt «Aufhebung des Kontrahierungszwangs»).

Wird der Kontrahierungszwang aufgehoben und die Spitalfinanzierung monistisch organisiert (mit den Kassen/MCOs als Monisten), ergäben sich erstmals im ökonomischen Sinn des Wortes Märkte im Gesundheitswesen. Auf diesen würden sich voneinander unabhängige Anbieter und Nachfrager gegenüberstehen. Jeder Anbieter und Nachfrager müsste dabei je über die volle Entscheidungs- und Finanzierungs-kompetenz verfügen. Entsprechend wichtig wäre es, dass auch den öffentlichen Spitälern ein möglichst grosser unternehmerischer Freiraum zugestanden würde. Eine Ausdehnung des Geltungsbereichs des Kartellgesetzes auf das Gesundheitswesen wäre aus ökonomischer Sicht unter diesen Umständen unabdingbar (vgl. Abschnitt 7.4). Mit diesen Modifikationen käme das KVG in seinen Grundzügen dem auf Enthoven (1978) zurückgehenden Modell des regulierten Wettbewerbs (managed competition) recht nahe.

### 7.3 Notwendigkeit der Unterstellung unter das Kartellgesetz

Die Aufhebung des Vertragszwanges führt wie erwähnt dazu, dass im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn entstehen können. Es handelt sich dabei allerdings um sog. unvollkommene Märkte<sup>68</sup>, weil auf beiden Marktseiten mit einer beträchtlichen Konzentration gerechnet werden muss. Entsprechend ist eine Unterstellung unter das Kartellgesetz, welches ja unter anderem auf Marktmacht und Missbrauch von Marktmacht abzielt, aus Sicht des Verfassers zwingend.

#### a. Marktmacht auf Anbieterseite

Spitalmärkte sind zu einem beträchtlichen Teil lokale oder regionale Märkte. Dies widerspiegelt einerseits die Präferenzen der Versicherten. Ausser bei komplexeren Behandlungen oder Eingriffen, die lokal nicht angeboten werden, ziehen sie es in der Regel vor, möglichst in der Nähe ihres Wohnortes behandelt zu werden. Diese Präferenz zeigt sich jedes Mal dann sehr deutlich, wenn irgendwo ein Spital geschlossen werden soll. Eine Rolle spielen dabei auch das Verhalten der frei praktizierenden Ärzte, die in der Regel auch eher an lokalen Einweisungen interessiert sind, sowie im KVG bestehende Hindernisse für ausserkantonale Behandlungen. Bei wettbewerblicher Organisation dürfte sich mit der Zeit zwar eine gewisse Aufweichung ergeben, doch dürften diese Märkte auch dann stark lokal verwurzelt bleiben.

Trifft diese Einschätzung zu, dann ergibt sich, dass viele Spitäler in bestimmten Behandlungsbereichen eine relativ starke Marktposition haben dürften in dem Sinn, dass die Zahl der Konkurrenten beschränkt ist und sie einen hohen Marktanteil aufweisen. Besonders ausgeprägt trifft dies einerseits zu für Spitäler in eher ländlichen Regionen, andererseits aber auch für komplexe spitzenmedizinische Behandlungen, die nur an wenigen Behandlungszentren überhaupt durchgeführt werden. Dazu kommt wie erwähnt, dass der Marktanteil der öffentlichen Spitäler, die sich im Besitz des Kantons befinden, in der Regel sehr hoch ist.

Marktmacht im ökonomischen Sinn hätten diese Spitäler dann, wenn es ihnen gelänge, bei den Verhandlungen mit den Leistungseinkäufern (Krankenversicherer/ MCOs) überhöhte Preise durchzusetzen. Inwiefern dies der Fall wäre, hinge einerseits von der Marktmacht der Nachfrager Krankenversicherer/MCOs), andererseits aber auch von staatlichen Institutionen (Weko, Preisüberwacher, Bundesbehörden) ab.

<sup>68</sup> Entgegen einer von Nichtökonomern häufig geäusserten Befürchtung ist Wettbewerb auch auf unvollkommenen Märkten möglich. So konzentriert sich die moderne Wettbewerbstheorie (ab etwa 1970) ausschliesslich auf unvollkommene Märkte.

### **b. Nachfragemacht von Kassen/MCOs**

Aufgrund der zu erwartenden Konzentrationsprozesse ist auch auf der Nachfrageseite damit zu rechnen, dass lokal/regional nur wenige Krankenversicherer/MCOs als Leistungseinkäufer auftreten würden, vor allem in eher ländlichen Gebieten. Bei einer wettbewerblichen Organisation müssten diese Krankenversicherer allerdings mit einzelnen Anbietern bzw. Anbietergruppen (Netzwerke etc.) separat verhandeln. Heute ist das nicht der Fall. Es dominieren im Gegenteil Verbandsverträge (vgl. ausführlich Anhang A.4). Die relevante Frage im vorliegenden Zusammenhang ist daher: Können wir davon ausgehen, dass es im Rahmen eines Wettbewerbsmodells möglich ist, die Nachfrageseite zu entkartellisieren? Die bisher vorliegenden Erfahrungen im Zusatzversicherungsbereich deuten darauf hin, dass die Weko diesbezüglich zwar einiges zu bewegen vermag, dass aber gleichzeitig der Kassenwettbewerb in diesem Segment noch keineswegs optimal funktioniert.

## **7.4 Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes<sup>69</sup>**

Damit das Kartellgesetz auf einen Sachverhalt anwendbar<sup>70</sup> ist, müssen grundsätzlich zwei Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen müssen die zur Diskussion stehenden Wirtschaftssubjekte Unternehmen im Sinne von Artikel 2 KG darstellen (vgl. nachfolgend Buchstabe a.). Zum anderen dürfen nach Artikel 3 KG keine gesetzlichen Bestimmungen (sogenannte «vorbehaltene Vorschriften») bestehen, die Wettbewerb auf einem Markt für bestimmte Waren oder Dienstleistungen nicht zulassen (vgl. nachfolgend Buchstabe b).

### **a. Rechtspersönlichkeit**

Nach Artikel 2 Absatz 1 KG gilt das Kartellgesetz sowohl für Unternehmen des privaten als auch des öffentlichen Rechts. Als Unternehmen sind nach der herrschenden Lehre alle Unternehmenseinheiten, die sich als Anbieter oder als Nachfrager von Waren oder Dienstleistungen am Wirtschaftsprozess beteiligen, anzusehen.

Die Wettbewerbskommission hat den Unternehmensbegriff bis anhin eher weit ausgelegt, so dass etwa auch öffentlich-rechtlich organisierte Unternehmen wie die Kantonalbanken, die Telecom oder die Schweizerische Meteorologische Anstalt (SMA) erfasst wurden. Prinzipiell könnten damit auch die Kantone bzw. deren öffentlichen Spitäler als Unternehmen auftreten. Diese Auslegung von Artikel 2 KG hat jedoch durch die Rechtsprechung des Bundesgerichts im Falle SMA (BGE 127 II 32 ff.) einige Einschränkungen erfahren. Danach ist das KG grundsätzlich nicht anwendbar auf öffentlich-rechtliche Unternehmen ohne Rechtspersönlichkeit, die hoheitlich auftreten und sich ihre Dienstleistungen durch eine staatliche Gebührenordnung abgelten lassen (letzteres begründet in der Regel zudem einen Anwendungsvorbehalt im Sinne von Artikel 3 KG). Die vom Bundesgericht gemachten Einschränkungen gelten insbesondere für die Organisationseinheiten des Bundes, da sich bei der Anwendung des KG zwei Bundesbehörden (im zitierten Fall die Wettbewerbskommission und die SMA) gegenüberstehen würden, was nicht zuletzt zu unlösbaren Vollstreckungsproblemen einer allfälligen Verfügung der Wettbewerbskommission führen würde. Mit Blick auf diese spezifische Problematik liess das Bundesgericht durchblicken, dass bezüglich der Einschränkungen eine Ausnahme für die Kantone und Gemeinden bestehen könnte, sofern diese rechtlich und wirtschaftlich selbständig auftreten.

Ein öffentliches Spital ist dann rechtlich selbständig, wenn es eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, d.h. wenn es als juristische Person des öffentlichen (z.B. öffentlich-rechtliche Anstalt) oder des privaten Rechts (z.B. privatrechtliche Aktiengesellschaft) ausgestaltet ist. Die Organisationsform ergibt sich meist aus den kantonalen Spitalerlassen (Spitalgesetz und Ausführungsbestimmungen). Besitzt das Spital

---

<sup>69</sup> Die nachfolgenden Überlegungen (Abschnitte 7.4 und 7.5a und b) wurden in verdankenswerter Weise von den Herren Ch. Tagmann und F. Stüssi vom Sekretariat der Wettbewerbskommission verfasst.

<sup>70</sup> Betreffend Begriff «Anwendung/Anwendbarkeit» des KG vgl. Fussnote 71.

nach diesen Bestimmungen keine eigene Rechtspersönlichkeit, ist es rechtlich nicht als selbständig zu betrachten. Nach den Spitalgesetzen der Kantone Thurgau und St. Gallen besitzen die Spitäler dieser Kantone eigene Rechtspersönlichkeit.

Die wirtschaftliche Selbständigkeit eines öffentlichen Spitals ergibt sich grundsätzlich daraus, dass dieses unabhängig von dessen Träger (Kanton) am Wirtschaftsgeschehen teilnehmen kann (z.B. Tarifverträge abschliessen, Leistungen verkaufen/einkaufen etc.). Die Frage der wirtschaftlichen Selbständigkeit dürfte heute sowohl für die öffentlichen als auch für die öffentlich subventionierten Spitäler eher zu verneinen sein, da beide durch finanzielle Leistungen des Kantons, sei es durch Beiträge im Rahmen von Leistungsaufträgen, sei es durch Subventionen, unterstützt werden und der Kanton damit einen bestimmenden Einfluss auf die Geschäftstätigkeit dieser Spitäler nehmen kann und nimmt. Dies wäre anders in einem monistischen Finanzierungssystem, weil sich die Spitäler dabei mit Ausnahme der gemeinwirtschaftlichen Leistungen selber finanzieren müssten. Ob damit die Voraussetzung der wirtschaftlichen Selbständigkeit erfüllt wären, müsste allerdings noch näher untersucht werden.

### **b. Vorbehaltene Vorschriften**

Eng mit der Unternehmensqualität nach Artikel 2 KG ist die Frage der «vorbehaltenen Vorschriften» verbunden. Der Anwendung<sup>71</sup> des KG sind nach Artikel 3 Absatz 1 KG unter anderem Vorschriften vorbehalten, die auf einem Markt für bestimmte Waren oder Leistungen Wettbewerb nicht zulassen, insbesondere Vorschriften, die eine staatliche Markt- oder Preisordnung begründen (Artikel 3 Absatz 1 lit. a KG). Unter Vorschriften im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 KG werden in erster Linie generell-abstrakte Normen verstanden, die von einem verfassungsmässig legitimierten Gesetzgeber erlassen wurden und dem Referendum unterstehen, wobei sowohl Bundesrecht wie auch kantonales Recht in Frage kommt (Gesetz im formellen Sinn). Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall auch ein Gesetz im materiellen Sinn (z.B. Verordnungen) einen Vorbehalt nach Artikel 3 KG begründen kann, sofern dieses den Grundsätzen der Gesetzesdelegation entspricht. Gemäss Botschaft zum KG (Sonderdruck, 1994, S. 72 f.) ist allgemein darauf abzustellen, ob der Gesetzgeber beabsichtigte, den Wettbewerb für den fraglichen Wirtschaftsbereich gesamthaft auszuschalten.

Zunächst ist festzuhalten, dass im Bereich der obligatorischen Grundversicherung vorbehaltene Vorschriften im Sinne von Artikel 3 KG bestehen. Im vorliegenden Zusammenhang ist insbesondere auf Artikel 46 Absatz 1 KVG hinzuweisen, der explizit vorsieht, dass die Krankenversicherer und Leistungserbringer als Verbände Tarifverträge abschliessen können, was unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten an sich problematisch sein kann. Ferner ist die Genehmigung von Tarifverträgen durch die zuständige Behörde (Kantonsregierung oder Bundesrat) zu erwähnen (Artikel 47 Absatz 4 KVG).

Solange Krankenversicherer und Leistungserbringer in der Grundversicherung in Verbänden Tarife verhandeln dürfen, kann die Wettbewerbskommission prinzipiell nicht gegen Tarifabsprachen vorgehen. Ebenso ist der Wettbewerbskommission in ihrer Befugnis, eine Verfügung zu erlassen, eingeschränkt, sofern Tarifverträge durch ein Behörde genehmigt werden. In diesen Bereichen kann die Anwendung des KG nicht durch Auslegung ausgedehnt werden. Vielmehr müssten die entsprechenden Bestimmungen des KVG angepasst bzw. aufgehoben werden. Eine explizite Regelung in Artikel 46 Absatz 1 KVG, wonach das Kartellgesetz bei der Aushandlung der Tarifverträge zu berücksichtigen wäre, könnte die Verbandsverträge nicht verhindern, aber allenfalls einem Ungleichgewicht zwischen den verhandelnden Parteien vorbeugen.

Die Leistungen im Zusatzversicherungsbereich unterliegen demgegenüber dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG), welches prinzipiell keine Vorschriften enthält, die dem KG vorgehen. Die in diesem Bereich abgeschlossenen Verträge fallen damit grundsätzlich in den Anwendungsbereich des KG (vgl. RPW 2001/4, S. 657 ff.). Im Rahmen der Beteiligung von öffentlichen Spitalern an der Erbringung von Zusatzversicherungsleistungen kann aber der Anwendungsbereich des KG dennoch durch staatliche

---

<sup>71</sup> Der Begriff «Anwendung/Anwendbarkeit» des KG bezieht sich auf die Kompetenz der Wettbewerbskommission, eine Verfügung gestützt auf Art. 5 ff. KG zu erlassen. Das Recht auf Erlass von Empfehlungen nach Art. 45 KG wird dadurch aber nicht berührt.

Vorschriften eingeschränkt sein. Zu erwähnen sind etwa staatliche Tarifvorschriften in den kantonalen Gesundheitserlassen (analog derjenigen im KVG für den Grundversicherungsbereich).<sup>72</sup> Insofern eine Kantonsregierung für den Zusatzversicherungsbereich keine Tarife für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler festlegt und die Tarife zwischen dem Kanton und den Krankenkassen frei ausgehandelt werden können (insbesondere ohne Genehmigung der Tarife durch eine Behörde), ist jedoch grundsätzlich von einem Spielraum für die Anwendung des KG auszugehen.

### c. Zusammenfassung

Damit das Kartellgesetz in einem wettbewerbsorientierten System mit Sicherheit angewandt werden kann, ist damit notwendig, dass

- die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler eine eigene Rechtspersönlichkeit aufweisen;
- die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler von ihrem Träger (Kanton) wirtschaftlich weitgehend unabhängig sind (Ausgestaltung der Organisation vorzugsweise in Form einer AG, aber ohne Mehrheitsbeteiligung der Kantone und Gemeinden);
- keine Vorschriften bestehen, welche die Anwendung des Kartellgesetzes ausschliessen (die Krankenversicherer und Leistungserbringer sind frei in der Verhandlung von Tarifen, die Tarifverträge bedürfen keiner behördlichen Genehmigung, fehlende Tarifverträge werden nicht durch Tariffestlegung der Behörde ersetzt).

## 7.5 Aufhebung der Verbandstarife

Heute dominieren im Grundversicherungsbereich wie erwähnt Verbandstarife. In einem Wettbewerbsmodell sind Verbandstarife demgegenüber ein Fremdkörper und müssten entsprechend durch Einzel- bzw. Gruppenverträge abgelöst werden. Die nachfolgend dargestellten Überlegungen von F. Stüssi und Ch. Tagmann gehen aus Sicht der Wettbewerbskommission auf diese Problematik ein.

### a. Zur Ineffizienz von Verbandsverträgen

Im Kanton Aargau untersuchte die Wettbewerbskommission einen kantonalen Verbandsvertrag in der Zusatzversicherung hinsichtlich dessen Wettbewerbswirkungen.<sup>73</sup> Im Vertrag werden die Tarife für medizinische Leistungen kantonsweit festgelegt. Die Wettbewerbskommission betrachtete diesen Vertrag als unzulässig.<sup>74</sup> Zum einen führte der Vertrag zu einer Standardisierung der Tarife, welche sich auf die Versichertenprämien überträgt. Zum anderen bewirkt die Abrede eine Nivellierung der Tarife unabhängig von der Qualität und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenversicherer und Leistungserbringer – damit ist anzunehmen, dass solche Tarife nicht die optimalen Anreize für effizientes Handeln auf Stufe der Leistungserbringer und Krankenversicherer vermitteln. Der Tarifwettbewerb auf Stufe der Leistungserbringer und Krankenversicherer war ausgeschaltet.<sup>75</sup>

In diesem Sinne ist für die Grundversicherung analog anzunehmen, dass kantonal einheitliche Tarifverträge (Vergütungsmodelle) zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern oder etwa gesamtschweizerisch einheitliche Tarifwerke einer kartellrechtlichen Betrachtungsweise nicht standhalten und als wettbewerbswidrig betrachtet werden müssten.<sup>76</sup> Einheitliche Tarifwerke dienen grundsätzlich nicht der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen (in Abhängigkeit der Vergütungsformen ist ein gebietsumfassender Tarifvertrag denkbar, vgl. unten).<sup>77</sup>

72 Etwa im Kanton Basel-Stadt sind insbesondere die Grundlagen für die Festsetzung von Tarifen und Taxen in § 8 des Gesundheitsgesetzes vom 26. März 1981 und § 2 ff. der Spitaltarifverordnung vom 21. Januar 1997 von Bedeutung. Danach legt der Regierungsrat die Taxen für die staatlichen Spitäler fest, kann aber auch bei öffentlich subventionierten Spitalern Einfluss auf die Taxgestaltung nehmen. Sofern keine Verträge zustande kommen, gelten die Tarife des Sanitätsdepartements bzw. setzt der Regierungsrat die Tarife fest. Nach § 4 Absatz 1 der Spitalverordnung ist das kantonale Sanitätsdepartement für den Abschluss der Tarifverträge zuständig.

73 Wettbewerbskommission 2001, S. 645 ff.

74 Für die Begründung vgl. RPW 2001/4, S. 681 ff.

75 Auf die Stellungnahme der Rekurskommission kann hier nicht mehr eingetreten werden.

76 Vgl. Stüssi 2002, S. 84 ff.

77 Vgl. Zweifel 2000.



## **b. Einzel- und Gruppenverträge**

Kartellrechtlich unproblematisch sind hingegen Tarife oder Tarifwerke, welche zwischen einzelnen Krankenversicherern (oder Einkaufsgemeinschaften bzw. Gruppen kleinerer Versicherer, so die Unimedes) und einzelnen Kliniken und deren Ärzten ausgehandelt wurden (beispielsweise ein Vertrag zwischen einem Krankenversicherer und einem Netzwerk von Ärzten). Im selben Markt existieren dann verschiedene Tarife oder Tarifwerke als Ausdruck von Wettbewerb. Die Vorteile solcher Verhandlungen liegen insbesondere in der Berücksichtigung individueller Vertragspositionen (geringeres Konfliktpotential) und damit ebenso der Qualität und Wettbewerbsfähigkeit der Leistungserbringer und Krankenversicherer, so dass Anreize für effizientes Handeln gesetzt werden können. Die in der Grundversicherung vorgesehenen Einzel- oder Gruppenverträge sind daher zu befürworten.<sup>78</sup>

In Gruppenverhandlungen sollten die Gruppen auf Seiten der Krankenversicherer und Leistungserbringer nicht zu gross, jedenfalls nicht marktumfassend sein. Von kantonalen und gesamtschweizerischen Verbandsverhandlungen und Einheitsverträgen betreffend Tarifen ist abzusehen:

- a) Es ist grundsätzlich Sache der Krankenversicherer, mit Ärzten und Spitälern Tarife im Interesse ihrer Versicherten auszuhandeln. Kleine Krankenversicherer können sich anderen anschliessen (so die Unimedes), so lange der kumulierte Marktanteil eine bestimmte Grenze nicht übersteigt. Auch die Leistungserbringer sollen nur in Gruppen verhandeln dürfen, so lange ihr kumulierter Marktanteil im analog definierten Markt eine bestimmte Grenze nicht übersteigt.
- b) Mit Einzel- und Gruppenverhandlungen würde ein Ausgleich in den Verhandlungspositionen zwischen den Krankenversicherern und Leistungserbringern erreicht werden. Wie in andern Märkten auch, genügt es für das wirtschaftliche Überleben eines Leistungserbringers, mit einigen Einkäufern (Krankenversicherern) ins Geschäft zu kommen, während umgekehrt ein Einkäufer zu Handen seiner Klienten (Versicherten) eine Auswahl zwischen den Leistungserbringern trifft.

Es ist jedoch denkbar, dass in Abhängigkeit der Vergütungsformen ein gebietsumfassender Tarifvertrag zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherern effizient und demzufolge kartellrechtlich zulässig wäre. Es ist dabei an diagnosebezogene, prospektive Fallpauschalen (etwa in geeigneter Kombination mit Einzelleistungsvergütungen) zu denken.

## **c. Freie Wahl der Vergütungsform**

Bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs und dem Übergang auf Einzel- und Gruppenverträge ist es nicht mehr erforderlich, dass der Gesetzgeber Vergütungssysteme oder gar Vergütungsniveaus verbindlich festlegt. Ganz im Gegenteil: Erst die Freiheit der Vertragsgestaltung mit den Leistungsanbietern – bei vorgegebenem Leistungskatalog – erlaubt den im Wettbewerb stehenden Kassen, sich durch eigene Leistung voneinander abzuheben. Mit welcher Vergütungsform eine ausreichende medizinische Versorgung in hoher Qualität zu geringst möglichen Kosten erreichbar ist, kann nur die Praxis erweisen. Der «Wettbewerb als Entdeckungsverfahren» ist ohne Zweifel am ehesten dazu geeignet, unterschiedliche, auch innovative Vergütungsformen praktisch zu erproben.

Im stationären Sektor stehen im Moment wie erwähnt diagnosespezifische Fallpauschalen im Vordergrund<sup>79</sup>. In einem kleinen Markt wie der Schweiz spricht einiges dafür, aus administrativen Gründen (im Grundversicherungsbereich) nur ein System zu verwenden (zumindest regional). Dies kann wie erwähnt auch unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten zulässig sein. Im ambulanten Bereich besteht diese Notwendigkeit demgegenüber nicht. Hier wäre entsprechend mit einer Vielfalt von Vergütungsformen zu rechnen.

---

<sup>78</sup> Vgl. Stüssi 2002, S. 85 f.

<sup>79</sup> Mittelfristig sind im Zusammenhang mit MCOs, insbesondere Ärztenetzwerken, auch Vergütungsformen zu erwarten, die der Multimorbidität besser Rechnung tragen und integrierte Behandlungsprozesse abdecken.

Der Einbezug des ambulanten Sektors ist deswegen wichtig, weil es im beschriebenen Wettbewerbsmodell zu einer Verschiebung auf ambulante Behandlungen kommen dürfte. Gelegentlich ist die Befürchtung geäußert worden, eine solche Verschiebung könnte ihrerseits zu einer Kostensteigerung führen, weil es im ambulanten Sektor «keinen Kontrollmechanismus» gebe. Wie die nachfolgende Überlegung zeigt, werden bei einer Aufhebung des Vertragszwangs solche Mechanismen aber gerade geschaffen.

Die steigenden Kosten im ambulanten Bereich werden häufig auf die zunehmende Anbieterdichte zurückgeführt. Diese seien in der Lage, sich ihre Nachfrage durch das Erbringen «unnötiger» Leistungen selber zu schaffen (anbieterinduzierte Nachfrage). Diese Sichtweise ignoriert, dass das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage auf die Welt der Einzelleistungsvergütung beschränkt ist. Pauschalvergütungen, die sich z.B. an der Zahl eingeschriebener Versicherter orientieren können, sind nicht mit dieser Gefahr verbunden. Die Mengenausweitung im ambulanten Bereich sollte aus ökonomischer Sicht daher über alternative Vergütungsformen und nicht über eine Beschränkung der Anbieterzahl erfolgen.

#### **d. Leistungsorientierte Finanzierung, Kostenwahrheit und Rosinen-picken**

In Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird oft die Befürchtung geäußert, die Anbieter könnten sich als Rosinenpicker verhalten und nur noch diejenigen Leistungen anbieten, die finanziell besonders lohnend sind. Diesem Argument liegt ein grundsätzliches Missverständnis über die Funktionsweise von Märkten zugrunde. Auf Märkten mit funktionierendem Wettbewerb sind Preise (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen können auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer bedrohen. Selbstverständlich können die Preise für verschiedene Leistungen unterschiedlich hohe Gewinnmargen enthalten. Der Wettbewerb führt aber dazu, dass diese Margen ständig unter Druck sind und sich einander tendenziell angleichen. Rosinenpicken im beschriebenen Sinn tritt nur dann auf, wenn staatliche Eingriffe zu nicht kostendeckenden Tarifen führen oder wenn die öffentlichen und öffentlich subventionierten Anbieter nicht effizient arbeiten.<sup>80</sup> Dass es Bereiche mit nicht kostendeckenden Tarifen gibt, ist ein wesentliches Element der ungenügenden Leistungsfähigkeit planwirtschaftlicher Systeme.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang eine zweite Art des Rosinenpickens, welche vor allem bei einer Vergütung der Spitalleistungen über Pauschalen auftritt (Tages-, Abteilungs- oder diagnosespezifische Fallpauschalen). Diese Art von Rosinenpicken besteht darin, dass bei ungenügend differenzierten prospektiven Pauschalvergütungen komplexe und aufwendige Behandlungsfälle (Multimorbidität) an Spitäler auf einem höheren Versorgungsniveau überwiesen werden. Diese Form des Rosinenpickens ist unabhängig vom Finanzierungssystem (z.B. dual-fix oder monistisch) und kann sowohl in öffentlichen wie in privaten Spitälern auftreten, aber eben nur dann, wenn das Vergütungssystem der Komplexität dieser Fälle nicht genügend Rechnung trägt. Leidtragende Institution ist letztlich das Universitätsspital, weil es die höchste Versorgungsebene darstellt und keine Möglichkeit besitzt, diese Behandlungsfälle weiter «nach oben» zu verlegen.

## **7.6 Auswirkungen auf die Akteure**

Wird der Vertragszwang (im stationären und ambulanten Bereich) aufgehoben, stellt sich erneut die Frage, welche Auswirkungen sich aus einem Wechsel zur monistischen Finanzierung auf Marktstruktur, Marktmacht, Anreize und Verhalten der beteiligten Akteure ergeben.

### **a. Marktstruktur**

Die Aufhebung strukturerhaltender staatlicher Regulierungen führt in der Regel auf den betroffenen Märkten zu Konzentrationsprozessen. Entsprechend ist anzunehmen, dass auch eine Aufhebung des

---

<sup>80</sup> Wegen ihres Versorgungsauftrags findet sich diese Form des Rosinenpickens in den öffentlichen Spitälern heute nicht. Privatspitäler dagegen müssen sich weitgehend so verhalten, weil sie Verluste in nicht kostendeckenden Kategorien nicht durch Subventionen der öffentlichen Hand ausgleichen können. Es handelt sich also nicht um ein unethisches Verhalten, sondern lediglich um die Einhaltung einer Unternehmensstrategie, die das wirtschaftliche Überleben erst ermöglicht.

Kontrahierungszwanges im Spitalsektor Konzentrationsprozesse tendenziell fördern dürfte, und zwar auf beiden Marktseiten. Spitalmärkte sind wie erwähnt zu einem beträchtlichen Teil lokale (regionale) Märkte. Die Verhandlungsmacht der Kassen hängt damit stark von ihrer lokalen (regionalen) Nachfragekraft, gemessen über den Versichertenanteil, und weniger von ihrer gesamtschweizerischen Grösse ab. Entsprechend ergibt sich für die Kassen ein Anreiz, sich auf die Regionen zu konzentrieren, in denen sie bereits stark vertreten sind. Weil die Kassen nun ein vollwertiger Marktpartner sind, die mit den einzelnen (Gruppen von) Leistungserbringern separat verhandeln müssen, ergibt sich für kleinere Kassen weiter ein Anreiz, zu fusionieren oder sich zu «Einkaufsgemeinschaften» zusammenzuschliessen. Demzufolge ist anzunehmen, dass auf der Nachfrageseite in der Regel eine begrenzte Zahl von vorwiegend regional tätigen Anbietern zu beobachten sein wird.

Diesem Konzentrationsprozess auf der Nachfrageseite wird ein ähnlicher regionaler Konzentrationsprozess auf der Angebotsseite gegenüberstehen, wie er sich übrigens bereits heute bemerkbar macht (Kantonale Spitalholdings, Spitalnetze, Spitalverbände, Kooperationen etc.) Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde diesen Prozess massiv beschleunigen. Erleichtert würde diese Entwicklung auch dadurch, dass ein grosser Teil der Spitäler sich in öffentlicher Hand befindet. Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Spitalern dürften auch weiterhin eher eine Ausnahme bilden. Im ambulanten Bereich ist entsprechend mit einer beschleunigten Bildung von Ärztenetzen zu rechnen.

#### **b. Kassen**

Die Verhandlungsmacht der Kassen wird durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs nachhaltig gestärkt, obwohl sie nicht mehr als Verband, sondern einzeln oder – bei kleinen Versicherern – in Gruppen verhandeln müssten. Die Kassen würden durch die Aufhebung des Vertragszwangs auch im traditionellen Versicherungsbereich zu echten Leistungseinkäufern. Zwar wäre der Leistungskatalog nach wie vor gesetzlich fixiert. Die Kassen könnten aber neu selber entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie zusammenarbeiten und auf welche Weise sie diese vergüten wollten. Die Vertragsfreiheit ermöglichte den Kassen, sich in einem echten Leistungswettbewerb zu konkurrenzieren. Der Kassenwettbewerb wiederum stellt das geeignete Vehikel dar, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln. Voraussetzung dazu ist, dass der einzelne Leistungserbringer nicht über einen garantierten Versorgungsauftrag verfügt, sondern sich für diesen durch hohe Qualität und wettbewerbsfähige Preise (Pauschalen) immer wieder qualifizieren muss.

Die Verhandlungsmacht der einzelnen Krankenversicherer hängt vor allem von zwei Grössen ab: a) Ihrem lokalen/regionalen Marktanteil, und b) der Möglichkeit, Patientenströme zu steuern. Der Marktanteil einzelner Krankenversicherer, ausgedrückt durch den Versichertenanteil im Einzugsgebiet eines Spitals, kann – vor allem in eher ländlichen Regionen – bereits heute beträchtlich sein. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs dürfte solche Konzentrationen wie erwähnt weiter verstärken. Eingeschränkt wird die Bedeutung des Marktanteils durch die im traditionellen Versicherungsbereich fehlende Möglichkeit, die Behandlung der Patienten zu steuern. Dadurch wird einerseits die Fähigkeit grosser Versicherer reduziert, Rabatte herauszuschlagen. Andererseits verläuft der Strukturwandel weniger schnell, als wenn auf der Nachfrageseite lauter MCOs aufträten.

Bei den Verhandlungen zwischen Krankenversicherern/MCOs stehen Qualität, Vergütungsform und Höhe der Vergütung, bei den MCOs zusätzlich Mengen im Vordergrund. Die Verwendung der Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Krankenversicherer/MCOs wirft gleich mehrere Fragen auf. Über die Qualität der einzelnen Spitalabteilungen (-ärzte) gibt es heute keine systematische öffentliche Information. In einem wettbewerblichen System entwickeln sich mit der Zeit Rating-Agenturen und Ratings für die einzelnen Leistungserbringer, wie man das in anderen Ländern, vor allem in den USA, sehr ausgeprägt beobachten kann. Das Auftreten solcher Ratings wirkt sich tendenziell qualitätsfördernd aus. Wichtig ist dabei, dass auch hier Wettbewerb herrscht und nicht eine einzige (staatliche) Monopagentur diese Ratings vergibt.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Das schliesst natürlich nicht aus, dass die Kantone in dieser Hinsicht aktiv werden.

Die Wirtschaftlichkeit von Leistungen wird wohl erst dann systematisch beobachtbar, wenn diagnosespezifische Fallpauschalen flächendeckend zur Verfügung stehen und die Spitäler keine kantonalen Subventionen (ausser für gemeinwirtschaftliche Leistungen) mehr erhalten. Im Moment existiert ein nationales Projekt, das sich mit der Systemwahl und der Einführung von Pauschalsystemen (Swiss DRG) beschäftigt. Auch wenn die Datenlage weiterhin ungenügend ist, wird man davon ausgehen können, dass bis zum frühest möglichen Einführungszeitpunkt eines Wettbewerbsmodells im Gesundheitswesen ein grosser Teil der Spitäler auf Fallpauschalen umgestellt haben dürfte.

Kritisch hinterfragt wird in diesem Zusammenhang vor allem auch die Fähigkeit der Krankenversicherer, als Leistungseinkäufer aufzutreten. Dass die Versicherer heute nicht über diese Fähigkeiten verfügen, ist unbestritten, aber auch verständlich, weil sie unter dem geltenden KVG diese Funktion gar nicht wahrnehmen können. Ebenso unbestreitbar ist, dass Versicherer bei Bedarf medizinisches Sachwissen aufbauen oder einkaufen könnten.<sup>82</sup> Dazu kommt, dass die Leistungserbringer in einem solchen System aus eigenem Interesse bestrebt sein werden, Informationen über die Qualität ihrer Leistungen zugänglich zu machen (z.B. in Form von Komplikationsraten etc.). Es lohnt sich in diesem Zusammenhang auch, die Erfahrungen in anderen Ländern zu berücksichtigen. Wir weisen in Anhang A5 darauf hin, dass ein System von Fallpauschalen, unabhängig vom Finanzierungssystem, einer strikten Qualitätsüberwachung bedarf. In den USA z.B. erfolgt dies über die Peer Review Organisations (PROs). Ebenfalls in den USA gibt es jahrzehntelange Erfahrung darüber, wie Managed Care Organisationen oder die staatlichen Krankenversicherungen Medicare und Medicaid als Leistungseinkäufer abgeschnitten haben.

Kommt bei einer Verhandlung zwischen einem Spital und einer Krankenkasse keine Einigung zustande, können sich die Versicherten dieser Kasse im betreffenden Spital (bzw. in der betreffenden Abteilung) mittelfristig nicht mehr behandeln lassen. Dadurch entsteht ein nachfrageseitiger Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer, der sich direkt auf die Preise (Pauschalen) und indirekt auf die Kapazitäten auswirkt. Spitäler/Abteilungen, die unter den ausgehandelten Pauschalen nicht mehr kostendeckend zu arbeiten vermöchten, müssten ihren Betrieb redimensionieren oder einstellen.

Wird der Kontrahierungszwang aufgehoben, verfügen die Kassen bei monistischer Finanzierung neben der vollen Finanzierungsverantwortung auch über die Entscheidungskompetenz darüber, mit welchen Anbietern sie unter welchen Bedingungen zusammenarbeiten wollen. Damit stimmen Kompetenz und Verantwortung im ökonomisch (unternehmerisch) erwünschten Sinn überein. Weiterhin ausserhalb ihres Entscheidungsbereichs bliebe der Leistungskatalog sowie bei der klassischen Krankenversicherung die Frage, ob Hospitalisationen im Einzelfall überhaupt notwendig (gerechtfertigt) sind, welche Leistungen im Fall einer Hospitalisation (Therapie) erbracht werden sollen und welcher Leistungserbringer gewählt wird.

### **c. Managed Care Organisationen**

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bringt für MCOs keine über (6.2) hinausgehenden Vorteile. Allenfalls denkbar wäre, dass sie günstigere Preise (Pauschalen) aushandeln könnten als heute (trotz geringer Marktmacht), weil nicht mehr Einheitstarife gelten würden.

### **d. Kantone**

Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird vor allem die Rolle der Kantone verändert. In einem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem sind die Kantone im Spitalbereich einzig für die Gewährleistung gemeinwirtschaftlicher Leistungen verantwortlich (Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Notfalldienste, Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Lehre und Forschung). Weil der Kontrahierungszwang aufgehoben wird, entfallen die Spitallisten. Ohne Spitalliste fällt die Aufgabe der Strukturbereinigung den Marktkräften zu. Die integrale quantitative Spitalplanung und ihre Umsetzung über Spitallisten, wie sie die 2. KVG-Revision vorsieht, lässt sich nicht mit der Ver-

---

82 Z.B. in Form von Ärzterräten

tragsfreiheit im stationären Bereich kombinieren. Mit der Aufhebung des Vertragszwangs fällt somit auch die Spitalplanung in dieser Form dahin.

Man hat argumentiert, dies sei nicht verfassungskonform, weil die Verfassung den Kantonen die Sicherung der Grundversorgung vorschreibe. Dabei wird erstens übersehen, dass sich die Verfassungsnorm auch auf den ambulanten Bereich bezieht, und dort hat es nie eine integrale Planung gegeben. Die Verfassungsnorm bedeutet also offensichtlich nicht automatisch, dass das Gesundheitswesen planwirtschaftlich organisiert werden muss. Zweitens ignoriert diese Argumentation, dass der Kanton auch bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs und monistischer Finanzierung die Sicherstellung der Versorgung weiterhin garantieren kann.<sup>83</sup>

Es besteht ein beträchtlicher gesetzgeberischer Spielraum, wie man dieser Verfassungsnorm gerecht werden könnte. In der ursprünglichen ständerätlichen Version der 2. KVG-Revision war beispielsweise vorgesehen, dass die Kantone bezüglich der ambulanten Versorgung für die Kassen Mindestvorschriften erlassen können bezüglich Zahl und Struktur der Ärzte bei gegebenem Versicherungskollektiv. In der Zwischenzeit hat die SGK des Ständerates entgegen den Vorstellungen des zuständigen Departements die «kann»-Formulierung in eine verbindliche Auflage umgewandelt. Analog könnte den Kantone auch im stationären Bereich die Auflage gemacht werden, eine Mindestversorgung festzulegen (unter Berücksichtigung des Angebots in den Nachbarkantonen), welche nicht unterschritten werden dürfte. Täte sie das trotzdem, könnten die Kantone fallweise unterstützend aktiv werden (z.B. über Subventionen oder Auflagen an die Versicherer). Dies wäre dann aber die Ausnahme und nicht wie heute der Regelfall.

Neben der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wären die Kantone für die Gewährleistung weiterer gemeinwirtschaftlicher Leistungen verantwortlich: Notfalldienste, Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Lehre und Forschung. Bei den Notfalldiensten könnte man sich dabei eine periodische Ausschreibung vorstellen, wobei der Leistungsauftrag vom Kanton festgelegt und auch finanziert würde.

#### **e. Spitäler**

In dem beschriebenen Modell mit reguliertem Wettbewerb gäbe es keine Verbandstarife mehr. Die Spitäler müssten also einzeln oder in Gruppen mit einzelnen Krankenversicherern/MCOs bzw. Einkaufsgemeinschaften kleinerer Nachfrager Verträge aushandeln. Ihr Kompetenzbereich würde im Vergleich zu heute und zur Situation nach der 2. KVG-Revision somit deutlich ausgebaut. Ihre Verhandlungsmacht hinge vor allem von den folgenden Faktoren ab: a) Der Marktmacht des Spitals/der Spitalgruppe. Diese wäre ihrerseits abhängig von der Zahl, Erreichbarkeit und Qualität der Konkurrenten, der Verwurzelung bei der lokalen Bevölkerung und Ärzteschaft, der Mobilität der Patienten und dem Einweisungsverhalten der Ärzte in freier Praxis. b) Der Markt- und Verhandlungsmacht der Krankenversicherer, die in Vertretung ihrer Versicherten/Patienten die Nachfrageseite repräsentieren, sowie der Intensität des Wettbewerbs im Krankenversicherungsmarkt. Unter diesen Gesichtspunkten ist anzunehmen, dass vor allem den öffentlichen Spitälern mit ihrem hohen Marktanteil auch im beschriebenen Wettbewerbsmodell eine sehr starke Position zukäme.

Idealerweise hätten die Spitäler in einem solchen Modell wesentlich grössere unternehmerische Freiheiten. Zumindest müsste erreicht werden, dass alle Spitäler aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit versehen werden, z.B. in Form einer öffentlich-rechtlichen Aktiengesellschaft. Die Entwicklung in der Praxis geht zwar in diese Richtung, schreitet aber eher zögerlich voran.<sup>84</sup> Die Einführung eines Wettbewerbsmodells wird dadurch ernsthaft behindert, insbesondere auch deshalb, weil der Bund diesbezüglich über keine Einflussmöglichkeiten verfügt.

---

<sup>83</sup> Analog zu den Ausführungen in Abschnitt 4.2 könnte diese Aufgabe auch Spitalregionen oder dem Bund übertragen werden, wobei im letzteren Fall eine Verfassungsänderung notwendig wäre.

<sup>84</sup> Vgl. z.B. NZZ, 18./19.01.03, S. 45.

## **f. Auswirkungen auf die Versicherten**

Die Umlenkung der Finanzierungsströme im Rahmen der monistischen Finanzierung beeinflusst die Versicherten nicht direkt. Dies ist anders bezüglich Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Im folgenden werden einige dieser Auswirkungen getrennt nach ambulantem und stationären Sektor diskutiert.

### **Ambulanter Bereich**

Für die Versicherten bedeutet die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zunächst, dass ihre Wahlfreiheit im Rahmen ihres bestehenden Versicherungsvertrags zumindest theoretisch eingeschränkt wird. Ob sie im Einzelfall betroffen wären, hinge davon ab, ob sie sich von einem Leistungserbringer behandeln lassen wollen, der mit ihrem Versicherer keinen Vertrag hat. In diesem Fall stünde es ihnen jedoch frei, ihre Krankenkasse zum nächsten möglichen Termin zu wechseln und dabei eine Kasse zu wählen, die mit den gewünschten Leistungserbringern einen Vertrag abgeschlossen hat. Die bereits bestehende Freiheit der Kassenwahl würde also dafür sorgen, dass die freie Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten auch nach Aufhebung des Vertragszwangs im Regelfall gewährleistet wäre.<sup>85</sup> Dies gilt zumindest für den ambulanten Bereich, in welchem die Bindung an einzelne Leistungserbringer in der Regel grösser ist.<sup>86</sup>

Besteht ein gut funktionierender Risikoausgleich, ist aus ökonomischer Sicht ohnehin nicht einzusehen, weshalb die Krankenkassen ein Interesse daran haben sollten, möglichst wenig Vertragsärzte zu verpflichten. Ärzte unter Vertrag zu nehmen, schafft an sich noch keine Kosten, und der so genannte «Arzttourismus» lässt sich auch auf andere Weise eindämmen. Kosten entstehen für die Kassen erst mit der Erbringung von Leistungen. Von Bedeutung ist für die Höhe der Kosten weniger die Zahl der Anbieter als die Vergütungsform. Aus ökonomischer Sicht sollte die Mengenausweitung daher über alternative Vergütungsformen und nicht über eine Beschränkung der Anbieterzahl bekämpft werden. Krankenkassen sind in einem Wettbewerbsumfeld kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen. Alle verfügbaren Umfragen zeigen, dass grosse Teile der Bevölkerung der freien Arztwahl einen hohen Stellenwert beimessen. Anzunehmen ist daher, dass die Kassen aufgrund der Präferenzen ihrer Versicherten gezwungen wären, den überwiegenden Teil der praktizierenden Ärzte unter Vertrag zu nehmen. Diese Annahme wird auch durch die Erfahrungen in andern Ländern bestätigt.

Die Vertragsfreiheit bietet gerade auch den Patientinnen und Patienten entscheidende Vorteile: Einmal werden Wartezeiten im Vergleich zu einer Rationierung der Anbieter über Bedürfnisklauseln minimiert. Zweitens könnten sich ohne Kontrahierungszwang bei steigender Ärztedichte wegen des zunehmenden Konkurrenzdrucks abnehmende Preise herausbilden, wie man das in anderen Märkten typischerweise beobachten kann. Drittens würde der verstärkte Wettbewerb auch den bereits niedergelassenen Ärzten einen Anreiz vermitteln, die Qualität ihrer Behandlung ständig zu steigern und den Bedürfnissen der Patienten und den neuesten medizinischen Gegebenheiten anzupassen.

### **Stationärer Bereich**

Im stationären Bereich ist anzunehmen, dass die Auswirkungen einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs grösser wären. Selbst wenn in einer ersten Phase die meisten bestehenden Leistungsanbieter in den von ihnen angebotenen Fachbereichen zu einem Vertrag mit mindestens einem Krankenversicherer kämen, ist doch anzunehmen, dass durch den Druck auf die Pauschalen nicht mehr alle Anbieter alle diese Bereiche weiter rentabel anbieten könnten, sondern diese mittelfristig teilweise aufgeben oder Kooperationen mit andern Anbietern eingehen müssten – immer vorausgesetzt, die vom Kanton vorgegebene Mindestversorgung werde dadurch nicht tangiert. Es ergäbe sich so die auch vom Bundesrat wiederholt als wünschenswert bezeichnete Kapazitätsreduktion.

---

<sup>85</sup> Würde ein Leistungserbringer von keiner Versicherung unter Vertrag genommen, und könnte den Versicherern kein diskriminierendes Verhalten nachgewiesen werden, müsste man annehmen, dass dieser bezüglich Qualität oder Wirtschaftlichkeit zu stark von seinen FachkollegInnen abweicht.

<sup>86</sup> Eine Ausnahme bilden die Belegarztspitäler, bei welchen die Spitalwahl eng an die freie Arztwahl gekoppelt ist.

Qualitativ könnten Patientinnen und Patienten auch im stationären Bereich mit einer Steigerung rechnen. Diese ergäbe sich einerseits durch die verstärkte Konzentration und Spezialisierung, andererseits durch die erhöhte Bedeutung der Qualität und die zunehmende diesbezügliche Transparenz in einem wettbewerblichen Umfeld.

## 7.7 Auswirkungen auf chronisch Kranke

Die Umlenkung der Finanzierungsströme im Rahmen der monistischen Finanzierung hat keine Auswirkungen auf die chronisch Kranken. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs kann sich demgegenüber dann negativ auf diese Patientengruppe auswirken, wenn der Risikoausgleich nicht verbessert wird (vgl. dazu ausführlich das Teilprojekt «Aufhebung des Finanzierungszwangs»).

## 7.8 Umsetzung in der Gesetzgebung

Angesichts der politischen Widerstände, die schon nur einer begrenzten Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich entgegenstehen, beschränken wir uns hier auf eine grobe Auflistung der Teile des KVG, die für die Einführung eines Managed Competition-Modelles notwendig wären, ohne diese im Detail auszuformulieren.

- a. Einführung und Definition der Managed Care-Organisationen  
Analog zu 6.5.2a
- b. Monistisches Finanzierungssystem mit Festlegung der Beitragspflicht der Kantone an die Monisten (Variante 4.1)  
Analog zu 6.5.2.b, unter Einbezug der unter 6.5.1 aufgeführten Gesetzesanpassungen, die beim Übergang zum monistischen System erforderlich wären.
- c. Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären und ambulanten Sektor  
Analog zu Modell A im Teilprojekt «Aufhebung des Kontrahierungszwangs»<sup>87</sup>
- d. Schaffung der Voraussetzungen für eine Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen  
Anpassung der Art. 46, 47 und 49 KVG (Aufhebung der Möglichkeit, Verbandstarife festzulegen) und 41 (Kostenübernahme)
- e. Definitive Verankerung des Risikoausgleichs im KVG  
Streichung von Artikel 105 KVG (Übergangsbestimmung) und Aufnahme eines neuen Artikels 66b KVG (die detaillierte Ausgestaltung sollte in der Verordnung geregelt werden, um die Flexibilität aufrecht zu erhalten).

## 7.9 Fazit

Aus Sicht des Verfassers können die wichtigsten Vorteile des Wettbewerbsmodells im Vergleich zur Situation nach der 2. KVG-Revision wie folgt zusammengefasst werden:

1. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstünden erstmals im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenkassen/MCOs–die Monisten) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden. Beide könnten frei entscheiden, unter welchen Bedingungen sie mit welchen Akteuren auf der Marktgegenseite zusammenarbeiten wollten.

---

<sup>87</sup> Alle Fragen im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs wie die Sicherung der Versorgung durch die Kantone (bzw. ev. den Bund) werden auftragsgemäss nicht hier, sondern im Teilprojekt «Aufhebung des Kontrahierungszwangs» vertieft behandelt.

2. Vorausgesetzt, den öffentlichen Spitälern würde der notwendige unternehmerische Freiraum zur Verfügung gestellt, wären wegen der monistischen Finanzierung bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst. Die grössere unternehmerische Freiheit sowie der Übergang zu einer leistungsorientierten Finanzierung würden auch zu einer grösseren betriebswirtschaftlichen Effizienz der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler führen.
3. Die Vertragsfreiheit, zusammen mit einem stärker ausdifferenzierten Risikoausgleich, ermöglichte es den Krankenversicherern und Managed Care-Organisationen, sich in einem echten Leistungswettbewerb (statt im Kampf um die guten Risiken) zu konkurrenzieren. Dies würde sich auf der Ebene der einzelnen Versicherer/MCOs effizienzfördernd auswirken.
4. Der Wettbewerb unter Versicherern/MCOs stellt seinerseits das geeignete Vehikel dar, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln.
5. Die Freiheit der Wahl unter den Versicherern/MCOs schliesslich stellt sicher, dass die Versicherungsprodukte und letztlich auch die medizinische Versorgung den Präferenzen der Konsumenten entsprechen. Da die Finanzierungslast des Gesundheitswesens letztlich (Traglast) bei den privaten Haushalten liegt (Prämien, Direktzahlungen und Steuern), kommt so auch die Devise «Wer zahlt, befiehlt» stärker zu Geltung.
6. Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit würde die Konzentration auf beiden Marktseiten weiter erhöhen (die Zahl der unabhängigen Anbieter reduzieren). Dies ist solange kein gravierendes Problem, als beide Marktseiten über eine ähnliche Marktstellung (Konzentration) verfügen, weil dann keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume existieren.
7. Mit der Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen würden die Möglichkeiten für Machtmissbrauch weiter eingegrenzt. Ausserdem wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den Vertragsverhandlungen nicht mehr möglich. Schliesslich müssten Verbandstarife in Abhängigkeit der beabsichtigten Vergütungsform durch Einzel- oder Gruppenverträge abgelöst werden.
8. Die Freiheit der Vertragsgestaltung ermöglicht es Versicherern und MCOs, alternative Vergütungssysteme mit den Leistungserbringern auszuhandeln.<sup>88</sup> Entsprechend wäre mit neuen, auch innovativen Vergütungsformen zu rechnen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig veränderten. Insbesondere ist anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche Ursache für das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage darstellt, rasch zurückgedrängt würde.
9. Im Gegensatz zu heute wären die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelten Vergütungen (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen könnten auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährdeten. Unterschiedlich hohe Gewinnmargen auf einzelnen Leistungen würden sich durch den Wettbewerbsdruck einander tendenziell angleichen. Damit entfielen auch der Grund zum Rosinenpicken im Sinne einer Spezialisierung auf besonders rentable Leistungen.
10. Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Vertragszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten rasch an ökonomischen Realitäten orientieren würden. Gleichzeitig dürfte der zu erwartende (disziplinspezifische) Konzentrationsprozess insbesondere auch die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig verbessern.

---

<sup>88</sup> Die freie Wahl der Vergütungsform besteht vor allem im ambulanten Bereich schon heute, wird aber insbesondere wegen dem Kontrahierungszwang nur sehr beschränkt genutzt.



11. Insgesamt ist zu erwarten, dass sich im Rahmen des skizzierten Modells des regulierten Wettbewerbs mit der Zeit eine effizientere Allokation der Ressourcen im Spitalbereich ergäbe.

12. Obwohl die Rolle der Kantone stark redimensioniert würde, käme ihnen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen zu wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung,<sup>89</sup> Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienste etc.), Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Aktionär in öffentlichen Spitälern etc.

### 7.10 Einschätzung durch Mitglieder der Arbeitsgruppe

In diesem Abschnitt soll gemäss Auftrag abgeschätzt werden, welche der in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen, Verbände oder Behörden diese Variante eher begrüessen oder bekämpfen dürften. Tabelle 6 zeigt die persönliche Einschätzung der Mitglieder der Arbeitsgruppe.

Tabelle 6: *Einschätzung der monistischen Finanzierung im Modell des regulierten Wettbewerbs durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe*

Organisation	Starke Zustimmung	Schwache Zustimmung	Schwache Ablehnung	Starke Ablehnung
BSV			x <sup>1</sup>	
H+	x <sup>2</sup>			
FMH				
Sekretariat der Weko	x			
EDV				
EFV		x		
SDK				x
santésuisse	x			
Ext. Experte	x			

1 Kommentar VertreterInnen des BSV: Die schwache Ablehnung ist dadurch begründet, dass mit der hier beschriebenen Regulierung im Sinne der Sicherstellung einer minimalen Versorgung den Problemen des Versicherungsmarktes nicht Rechnung getragen wird (die Konsumenten kaufen die Leistungen nicht selbst ein, sondern eine Versicherung übernimmt dies stellvertretend; wegen des Informationsvorsprung der Anbieter (Produzenten) bestimmen die Versicherten die konsumierten Leistungen zudem nicht autonom).

2 Kommentar VertreterInnen H+: Unter der Voraussetzung, dass eine paritätische Kommission gemäss Anhang A. 7 geschaffen wird.

### 7.11 Persönliche Empfehlung des Experten

Der externe Experte ist ein starker Befürworter des beschriebenen wettbewerbsorientierten Systems.

<sup>89</sup> Vertreter des Managed Competition-Ansatzes sehen diesbezüglich zwar nicht zwingend eine Rolle für den Staat. In der Schweiz ist die Situation aber insofern anders, als die Verfassung den Kantonen die Sicherung der Grundversorgung vorschreibt.

## 8 Rahmenbedingungen

### 8.1 Paritätische Kommission

Von H+ wird im Zusammenhang mit dem in Abschnitt 6 beschriebenen Wettbewerbsmodell die Einführung einer paritätischen Kommission gefordert.<sup>90</sup> Die von H+ vertretene Vorstellung findet sich im Anhang A7. Allerdings ist diese Anliegen viel enger mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs als mit der monistischen Finanzierung verknüpft.<sup>91</sup> Für die in Abschnitt 6 beschriebene monistische Finanzierung im heutigen regulatorischen Umfeld gibt es für eine Kommission mit diesen Aufgaben und Vollmachten jedenfalls keinen Platz.

Im Modell des regulierten Wettbewerbs ist eine paritätische Kommission an der Schnittstelle zwischen Angebot und Nachfrage an sich nicht vorgesehen. Schon der Ständerat (Version 2002) hatte allerdings im Sinne eines politischen Entgegenkommens an die Leistungserbringer eine tripartite Kommission im Falle einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich vorgeschlagen, die insbesondere gewisse schiedsgerichtliche Funktionen übernehmen sollte. Dagegen ist aus einer wettbewerbsorientierten Sichtweise auch nichts einzuwenden. Die von H+ eingebrachte Variante geht nun allerdings bedeutend weiter und trägt aus Sicht des externen Experten in ihrer jetzigen Form stark korporatistische Züge.<sup>92</sup> Die meisten Ökonomen gehen aber davon aus, dass korporatistische Ansätze (Verbandslösungen) sowohl unter Allokations- als auch unter Verteilungsgesichtspunkten die schlechteste aller Lösungen darstellen. Aus Sicht des externen Experten ergibt sich daher die Empfehlung, die paritätische Kommission entweder ganz wegzulassen oder aber ihr Aufgaben- und Kompetenzprofil gegenüber der von H+ vorgeschlagenen Variante deutlich zu reduzieren. Das Modell von H+ entspricht auch nicht den Vorstellungen der übrigen Mitglieder der Arbeitsgruppe. Im Übrigen verweisen wir diesbezüglich auf das Teilprojekt Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

### 8.2 Weitere flankierende Massnahmen

Im Vergleich zu heute könnte die Nachfrageseite zusätzlich über weitere Änderungen des KVG nachhaltig gestärkt werden. Ein grundlegender Konstruktionsfehler des KVG besteht aus wettbewerbspolitischer Sicht darin, dass gewinnorientierte Versicherer in der Grundversicherung nicht zugelassen sind.<sup>93</sup> Damit fehlt ein zentrales Motiv zur Aufrechterhaltung eines dauerhaften Leistungswettbewerbs.

Hinzu kommt, dass alternative Versicherungssysteme durch das KVG auch anderweitig beträchtlich behindert werden. Gleichzeitig mit dem Übergang zur Vollkostenrechnung müsste z.B. auch die Bestimmung aufgehoben werden, wonach die Prämien der Managed Care-Organisationen nicht mehr als 20 Prozent unter denen der traditionellen Versicherungssysteme liegen dürfen. Alternative Versicherungssysteme spielen in einem Wettbewerbsmodell des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle. Soll der Wettbewerb die gewünschten Ergebnisse bringen, dürfen sie in ihrer Entwicklung nicht behindert bzw. eingeschränkt werden.

Die Prämienbeiträge (Prämienverbilligung an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen) sind ein weiteres wesentliches Element in diesem Zusammenhang: Damit für die unterstützte Person der Anreiz erhalten bleibt, eine günstige Krankenkasse auszuwählen, sollte das Angebot der Krankenkasse mit der tiefsten Prämie in der Grundversicherung als Basis für die Prämiensubventionierung herangezogen werden (HMO-Variante). Heute sind die Prämienbeiträge überwiegend so ausgestaltet, dass sie den Transferempfängern keine Anreize bieten, auf kostengünstigere Versicherer umzusteigen. Auch dies beeinträchtigt die Entwicklung der alternativen Versicherungssysteme und schwächt damit den nachfrageseitigen Kostendruck.

90 In der Version des Nationalrates (Wintersession 2002) war diesbezüglich von einer «Clearing-Stelle» die Rede.

91 Es gehört u.E. daher eigentlich eher in das Teilprojekt «Aufhebung des Kontrahierungszwangs».

92 Korporatistische Elemente sind nicht Bestandteil des managed competition Ansatzes, sondern zielen auf eine Entschärfung/Aufhebung des Wettbewerbs ab.

93 Bzw. dass sie sich in der Grundversicherung nicht betätigen, weil sie keine Gewinne machen dürfen.

### 8.3 Überschneidung mit den anderen Teilprojekten

Die Überschneidung mit den Teilprojekten Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Managed Care ist als sehr gross zu bezeichnen. Zum Teilprojekt einkommensabhängige Kostenbeteiligung ergeben sich demgegenüber nur schwache Verbindungen. Als sehr gross ist auch der Zusammenhang zum Risikoausgleich einzustufen (vgl. die Sonderauswertung Spycher 2003).

#### a. Aufhebung Kontrahierungszwang

Eine monistische Finanzierung lässt sich zwar wie gezeigt auch im heutigen KVG implementieren. Die wesentlichen Vorzüge einer solchen Finanzierung kommen demgegenüber erst bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs zur Geltung. Den Kontrahierungszwang kann man umgekehrt sinnvollerweise nur aufheben, wenn man gleichzeitig oder vorgängig die monistische Finanzierung einführt. Gemessen an den Auswirkungen ist dabei die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und nicht die Einführung der monistischen Finanzierung als die entscheidende Weichenstellung zu betrachten.

#### b. Managed Care

Die Einführung einer monistischen Finanzierung kann wesentlich zur Förderung von Managed Care Modellen beitragen. Umgekehrt stellen solche Modelle keine Voraussetzung für die Einführung einer monistischen Finanzierung dar.

#### c. Einkommensabhängige Kostenbeteiligung

Hier besteht kein direkter Zusammenhang zur monistischen Spitalfinanzierung.

#### d. Risikoausgleich

Bei monistischer Finanzierung verschärfen sich die Auswirkungen eines ungenügenden Risikoausgleichs im Vergleich zur dual-fixen Finanzierung bei den bevorzugten Varianten etwas. Entsprechend ist anzunehmen, dass Versicherer mit schlechtem Risikokollektiv ihre Prämien tendenziell erhöhen müssten, während andere mit günstiger Risikostruktur sie senken könnten, ohne eine Effizienzsteigerung erzielt zu haben. Diese Auswirkungen könnten reduziert werden durch eine bessere Ausgestaltung des Risikoausgleichs oder die Einführung von stärker risikoorientierten Prämien.

#### e. Pflege

Die Anwendung der monistischen Finanzierung auf den Alterspflegebereich wird in einem speziellen Teilprojekt thematisiert.

## Anhang

### Anhang A1: Die heutige Spitalfinanzierung und ihre Probleme

Das heutige System ist dual in dem Sinne, dass öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) und Krankenkassen sich getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs beteiligen. Die Kantone tragen die Investitionskosten, mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten und zusammen mit den Gemeinden die Defizite der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (Objektsubventionierung). Die Krankenkassen ihrerseits übernehmen bei stationärer Behandlung in der allgemeinen Abteilung maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten. Die Subventionen der Gemeinden erfolgen rein angebotsseitig (Objektsubventionierung), diejenigen der Kantone sowohl angebots- als auch nachfrageseitig, während die Krankenkassen in Vertretung ihrer Versicherten ausschliesslich von der Nachfrageseite her als Finanzierer in Erscheinung treten. Die Probleme des heutigen Systems hängen einerseits mit dieser Objektsubventionierung durch Kantone und Gemeinden, andererseits damit zusammen, dass die Finanzierungsverantwortung auf mehrere Akteure aufgeteilt ist.

Für die duale Art der Finanzierung sprachen bei der Ausgestaltung des KVG zwei Gründe, ein Verteilungs- und ein Effizienzargument. Unter Verteilungsgesichtspunkten wäre eine reine Finanzierung über Kopfprämien nach vorherrschender Ansicht zu regressiv gewesen und stellte damit politisch keine Option dar. Gleichzeitig wurde aber auch ein Wechsel auf eine reine Steuerlösung, welche die Kopfprämie als zentrales Wettbewerbselement aus dem KVG eliminiert hätte, als politisch nicht opportun empfunden. Die heute bestehende duale Finanzierung stellte somit einen für alle Seiten akzeptablen Kompromiss dar. Darüber hinaus gibt die Objektsubventionierung den Kantonen aber auch ein Steuerungsinstrument zur Kostenkontrolle in die Hand. Entsprechend gehört die heutige duale Spitalfinanzierung vom Konzept her eher zu einem planwirtschaftlichen (Globalbudget-)Ansatz. Die Kantone bestimmen über die Objektsubventionierung und weitere Regulierungsinstrumente (Spitalplanung, Spitallisten: KVG Art. 39 Abs. d und e) Gesamtkapazität und Struktur des Spitalsektors.

Die beschriebene Finanzierung ist mit einer Reihe von Problemen verbunden:

- a) Die einseitige Subventionierung der stationären Behandlung führt zu einer Verzerrung der relativen Kosten zwischen stationärer Behandlung einerseits, teilstationärer und ambulanter Behandlung andererseits für die Kostenträger.
- b) Die Kantone haben nur ein beschränktes Interesse an Tarifsenkungen im stationären Bereich, weil sie allenfalls entstehende Defizite selber tragen müssen (Defizitgarantie für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler). Dies wirkt sich insbesondere dann nachteilig aus, wenn sich Krankenkassen und Spitäler nicht auf einen Tarifvertrag einigen können. Gemäss Art. 47 KVG kommt den Kantonen in diesem Fall die Schiedsrichterrolle zu. Die Kantone sind somit in der Lage, zumindest einen Teil des Kostendrucks von Seiten der Krankenkassen abzublocken und Strukturbereinigungen aufzuhalten oder zu verzögern. Allerdings haben die Versicherten die Möglichkeit, gegen ihres Erachtens zu hohe Tarife beim Bundesamt Beschwerde zu führen.
- c) Alternative Versicherungsmodelle<sup>94</sup> werden benachteiligt. HMOs z.B. erzielen ihre Kostenersparnisse zum grössten Teil über geringere Hospitalisationsraten und kürzere Spitalaufenthalte im stationären Behandlungsfall. Wegen der Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparungen selber realisieren und in Form reduzierter Prämien an ihre Versicherten weitergeben. Mehr als die Hälfte dieser Kosteneinsparung kommt der öffentlichen Hand zugute. Dadurch wird die Entwicklung dieser Managed Care-Modelle behindert und der an sich mögliche Wettbewerbs- und Prämiendruck auf die traditionellen Versicherer reduziert.

---

<sup>94</sup> Health Maintenance Organizations (HMOs), Hausarztmodelle (HAMs) etc.

- d) Die heutige Regelung führt in vielen Fällen zu aufwändigen Abklärungen und Querelen darüber, wer welchen Teil der Kosten zu übernehmen hat (z.B. bezüglich Abgrenzung stationärer von teilstationären Leistungen). Leidtragende dieser Situation sind insbesondere die stationären Leistungserbringer.
- e) Durch eine Fehlinterpretation des KVG waren die Zusatzversicherten bis Ende 2001 gezwungen, eine Quersubvention in Höhe von rund 700 Mio. Franken an die ausschliesslich Grundversicherten zu leisten. Diese Quersubvention erfolgte über zwei Kanäle. Obwohl auch sie mit ihren Steuern die Behandlung der ausschliesslich Grundversicherten sowie die Defizite in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern mitfinanzierten, wurde ihnen der sogenannte Sockelbetrag des Kantons verwehrt. Zum zweiten wurden und werden die «Gewinne» in den halbprivaten und privaten Abteilungen, welche durch die überhöhten Tarife für Zusatzversicherte Patienten zustande kommen, zur Reduktion der Defizite in der allgemeinen Abteilung verwendet.
- f) Nach dem zweiten Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) bezüglich innerkantonalen Hospitalisationen haben Zusatzversicherte nun grundsätzlich Anrecht auf gleiche kantonale Kostenbeiträge wie die ausschliesslich grundversicherten Patienten, allerdings nur, wenn sie sich in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern stationär behandeln lassen. Konkret bedeutet dies, dass die Kantone im Gegensatz zur vorher geltenden Praxis mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten aller Patienten in allen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern des Wohnkantons, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, unabhängig von ihrer Liegeklasse und Versicherungskategorie übernehmen müssen. Die zeitlich gestaffelte Umsetzung des EVG-Entscheidunges über vier Jahre wird im Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung geregelt.
- g) Die vollständige Umsetzung des EVG-Entscheidunges wird die Quersubventionierung der ausschliesslich Grundversicherten durch die Zusatzversicherten zwar deutlich reduzieren, aber nicht vollständig aufheben. So können allgemeine Abteilungen weiterhin aus den «Gewinnen» der Halbprivat- und Privatabteilungen quersubventioniert werden. Ausserdem haben Zusatzversicherte, die sich in nicht subventionierten Spitälern mit privater Trägerschaft behandeln lassen, weiterhin keinen Anspruch auf einen Kantonsbeitrag an die mit der Behandlung verbundenen anrechenbaren Betriebskosten.

## **Anhang A2: Modifikation der Spitalfinanzierung im Rahmen der 2. KVG-Revision**

### **A 2.1 Spitalfinanzierung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision**

Die Vorlage des Bundesrats hat zum Ziel, die Funktionsweise des bisherigen Systems zu verbessern und bestehende Unklarheiten und Abgrenzungsprobleme zu beseitigen. Entsprechend wird grundsätzlich an der dualen Finanzierung im Spitalsektor festgehalten. Zentral ist der Übergang von der Spital- zur Leistungsfinanzierung. Die Kantone übernehmen im Wesentlichen die Hälfte der gesamten Kosten stationär erbrachter Leistungen. Die Unterscheidung zwischen Betriebs- und Investitionskosten entfällt. Im Einzelnen setzt sich der Vorschlag des Bundesrats aus folgenden Hauptelementen zusammen:

- a) Anrecht auf eine Vergütung von Leistungen im Rahmen der Grundversicherung haben alle Patienten in allen Spitälern und teilstationären Einrichtungen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind. Die Vergütung erfolgt unabhängig von der Trägerschaft des Spitals und der Liegeklasse der Patienten.
- b) Die Versicherten können zwischen den auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitälern frei wählen.
- c) Die Spitalliste enthält sowohl Leistungserbringer im stationären als auch im teilstationären Bereich. Die teilstationäre Behandlung wird damit dem Finanzierungs- und Planungsregime des stationären Bereiches zugeordnet.
- d) Damit eine teilstationäre Einrichtung Aufnahme in der Spitalliste finden kann, muss sie einerseits über eine Infrastruktur zur Überwachung und Betreuung des Patienten verfügen, andererseits darf die Aufenthaltsdauer des Patienten 24 Stunden nicht überschreiten. Die genauen Abgrenzungen sollen auf Verordnungsstufe festgelegt werden.
- e) Die Kantone und Krankenversicherer beteiligen sich je hälftig an der Finanzierung der stationären und teilstationären Leistungen.
- f) Der Finanzierungsschlüssel bezieht sich auf die gesamten Kosten einer bestimmten stationären oder teilstationären Behandlung. Die unterschiedliche Behandlung von Investitions- und Betriebskosten wird aufgehoben.
- g) Die Abgeltung von Leistungen soll soweit als möglich durch leistungsbezogene prospektive Pauschalen erfolgen (DRGs, PMCs und Abteilungspauschalen). Damit soll eine Abkehr von der ineffizienten automatischen Kostendeckung und Defizitübernahme einhergehen.
- h) Die Kosten für Lehre und Forschung werden separat abgegolten.
- i) Liegen keine medizinischen Gründe und kein Notfall vor, kommen bei ausserkantonaler Hospitalisation bzw. ausserkantonaler teilstationärer Behandlung die Tarife des Wohnkantons zur Anwendung. Der Vorteil einer solchen Regelung liegt darin, dass der Spitaltourismus eingeschränkt wird und Kantone mit niedrigen Spitaltarifen ihre Kosten besser unter Kontrolle halten können. Dem stehen als Nachteile der administrative Aufwand und der dadurch entstehende diskretionäre Entscheidungsspielraum für den Kantonsarzt gegenüber. Insbesondere wird verhindert, dass sich die Patientenströme nach der Qualität der Leistungserbringer richten.
- j) Die Übergangsbestimmungen sehen vor, die Behandlung von Investitionen, die vor dem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes getätigt wurden, auf Verordnungsstufe zu regeln. Um neue Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, ist die Aufnahme einer retrospektiven Amortisationspflicht in die Verordnung unabdingbar. Generell empfehlenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Einrichtung kantonaler Investitionspools, aus denen die Spitäler ihre Investitionen finanzieren können. Im Gegensatz zu heute müssten die entsprechenden Kredite allerdings verzinst und amortisiert werden (vgl. Leu et al. 1999, S. 22 ff.).

### A 2.2 Beurteilung des bundesrätlichen Vorschlags

Gegenüber der heutigen Finanzierungspraxis bringt der Vorschlag des Bundesrats einige substantielle Verbesserungen:

- a) Die indirekte Quersubventionierung der Grundversicherten durch die Zusatzversicherten wird weiter reduziert, da auch Versicherte, die sich in Privatspitälern behandeln lassen, in den Genuss von Kantonsbeiträgen gelangen können. Damit sinkt auch der Anreiz für die Kantone, Objektsubventionierung zu betreiben.
- b) Spitäler mit unterschiedlicher Trägerschaft werden im Prinzip gleich behandelt. Allerdings sind sie darauf angewiesen, auf den Spitallisten der Kantone Aufnahme zu finden.
- c) Die fixe Kostenaufteilung verhindert Kostenüberwälzungen, schaltet Querelen bezüglich Kostendeckungsgrad aus, ermöglicht eine bessere Budgetplanung in den einzelnen Spitälern und fördert die gesamtschweizerische Harmonisierung.
- d) Von der unbesehenen Kostenübernahme wird Abstand genommen. Statt dessen sollen prospektive Vergütungsformen (Pauschalen) eingeführt werden, die den Krankheitsfall als Abgeltungsbasis heranziehen (vgl. dazu Breyer/Zweifel 2002, McGuire 1995).
- e) Weil Investitionen amortisiert werden müssen, entsteht ein Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern.
- f) Generell wird der Anreiz für die Spitäler verstärkt, unternehmerisch zu denken und zu handeln.

Trotz diesen Verbesserungen bleiben aber die folgenden Schwachpunkte bestehen:

- a) Die dual-fixe Finanzierung fördert die kantonale Zersplitterung des Gesundheitswesens.
- b) Der fixe Kostenteiler bezieht sich nur auf die (teil-)stationären Behandlungskosten. Gehen diese anteilmässig zurück, sinkt auch der Anteil der Gesundheitskosten, der über Steuern finanziert wird. Der Begriff dual-fix ist in diesem Sinne irreführend.
- c) Auch wenn der Kostenteiler (für einen Teil der Behandlungskosten) fixiert ist, löst das nur einen Teil der Probleme. Die Frage ist auch, worauf er sich beziehen soll.<sup>95</sup> Die Vertreter des BSV in der Arbeitsgruppe scheinen davon auszugehen, dass die Abgrenzungsprobleme mit der 2. KVG-Revision gelöst werden, während die Vertreter von H<sup>+</sup> und den Kantonen diesbezüglich Vorbehalte anmelden.
- d) Alternative Versicherungsformen können ihre Kosteneinsparungspotenziale wegen der Beibehaltung einer dualen Finanzierung weiterhin nur zum Teil realisieren. Dies reduziert die Wettbewerbsintensität und damit den Kostendruck von der Nachfrageseite.
- e) Im Entwurf ist keine explizite Abkehr von der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand vorgesehen. Bei einer allfälligen (offenen oder verdeckten) Beibehaltung der Defizitdeckung werden durch die Einführung prospektiver Vergütungsformen nur bedingt Anreize zur Kosteneinsparung wirksam.
- f) Interessenkonflikte ergeben sich für die Kantone weiterhin aus ihrer Doppelfunktion als Betreiber und Mitfinanzierer der öffentlichen bzw. Mitfinanzierer der öffentlich subventionierten Spitäler. Besonders ausgeprägt ist diese Situation, wenn die Vertragsparteien sich über die vorgesehenen Pauschalen nicht einigen können, weil den Kantonen gemäss Art. 47 KVG in diesem Fall auch die Schiedsrichterrolle zukommt. Diese Interessenvermischung reduziert den an sich möglichen nachfrageseitigen Kostendruck.

<sup>95</sup> Die Abgrenzung ambulant/teilstationär/stationär ist in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) enthalten.

- g) Die in der Botschaft vorgesehene integrale quantitative Planung aller Spitalkapazitäten stellt einen Schritt in Richtung auf eine stärker planwirtschaftliche Organisation des Spitalsektors dar, weil nun auch die Leistungsanbieter mit privater Trägerschaft der Planung unterworfen werden. Je nach Standpunkt bezüglich der anzustrebenden Organisationsform des Gesundheitswesens (vgl. Abschnitt 2.1) wird dies als positiv oder negativ beurteilt.
- h) Bei der Festlegung der Spitallisten und der Listen für teilstationäre Einrichtungen besteht weiterhin ein diskretionärer Entscheidungsspielraum für die Kantone. Offen bleibt damit die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass tatsächlich alle Spitalträger nach den gleichen Kriterien behandelt werden.

### **A 2.3 Modifikationen des Ständerats**

Der Ständerat hat sich ausführlich mit der Frage auseinandergesetzt, ob der Begriff «teilstationär» zweifelsfrei von stationärer und ambulanter Behandlung abgegrenzt werden könne. Speziell auch aufgrund der schlechten Erfahrungen im Rahmen des KVG ist er zur Überzeugung gelangt, dass dieser Begriff mit Vorteil aufgehoben würde. Damit hat er ein Element der im Vergleich zu heute weiter gehenden Planungspflicht aus der Botschaft eliminiert. Natürlich bleibt abzuwarten, welche Position der Nationalrat in dieser Frage einnehmen wird. Der Entscheid hat Auswirkungen für die Aufteilung der Gesundheitskosten auf Kantone und Versicherer, weil die teilstationäre Behandlung gemäss Botschaft hälftig von den Kantonen zu finanzieren wäre.

Auch im stationären Bereich hat der Ständerat auf Antrag seiner Kommission für Gesundheit und Soziales die Botschaft des Bundesrats dahingehend modifiziert, dass die Planungspflicht auf KVG-Leistungen reduziert wird (Modifikation der Artikel 25 und 39 der Botschaft). Wie im Modell des Bundesrats müssen alle Spitäler bzw. Spitalabteilungen, die in den Genuss der kantonalen Leistungsbeiträge kommen wollen, auf der nach Abteilungen gegliederten Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sein. Indes ist es nunmehr möglich, auch Leistungen für Zusatzversicherte anzubieten, wenn nur die gesundheitspolitischen Voraussetzungen (Art. 39 Abs. 1-3) erfüllt sind. In diesem Fall wird der Kantonsbeitrag nicht ausgerichtet, und auch die Grundversicherung ist nicht zur Zahlung verpflichtet, d.h. die Behandlungskosten müssen vollumfänglich über die Zusatzversicherung abgedeckt werden. In den Übergangsbestimmungen beauftragt der Ständerat den Bundesrat, innerhalb von 5 Jahren eine Gesetzesrevision zu beantragen, «die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, so dass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht». Ausserdem sieht er die Möglichkeit vor, dass «Kantone und Versicherer (...) den Übergang zu einem monistischen System vertraglich vereinbaren können.»



## Anhang A3: Spitalplanung

### A 3.1 Geltende Regelung gemäss KVG

Die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer sind in Art. 35 ff. KVG geregelt. Nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e sind «Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler),... [zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung] zugelassen, wenn sie [unter anderem]:...

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in der Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.»

Da das Bundesrecht wegen der Zuständigkeit der Kantone keine klaren Vorgaben macht, wie die Listen auszugestaltet sind, haben die Kantone Spitallisten auf unterschiedliche Weise gebildet. Gewisse Kantone, z.B. Neuenburg und Basel-Stadt, kennen so genannte Integrallisten, andere (z.B. Zürich und Waadt) unterscheiden zwischen einer Liste A für die obligatorische Krankenversicherung bzw. für die allgemeine Abteilung, und einer Liste B für zusatzversicherte Patienten bzw. für die so genannten Halbprivat- oder Privatabteilungen. In der Praxis wurde hierbei die Tätigkeit der Halbprivat- und Privatabteilungen von Privatspitalern (Liste B) zu Lasten der Grundversicherung akzeptiert, wenn diese die allgemeinen personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c erfüllten und daher die kantonale Betriebsbewilligung erhielten. Die Aufnahme in die Spitalliste bedeutet, dass auch bei zusatzversicherten Patienten und Patientinnen die finanziellen Beiträge der Grundversicherung in Anspruch genommen werden können.

### A 3.2 Bisherige Rechtsprechung des Bundesrats bezüglich Spitallisten

In der Botschaft zur 2. KVG-Revision wird die Praxis der Beurteilung von Spitallisten durch den Bundesrat (im Rahmen der Beschwerdeentscheide) wie folgt beschrieben (S. 779, 2.7): «In seiner bisherigen Rechtsprechung hat der Bundesrat bei der Beurteilung der Spitallisten unterschiedliche Anforderungen bezüglich der Kapazitäten für die Grund- und Zusatzversicherung festgesetzt. So hat er einzig für die Behandlung von ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten («die allgemeine Abteilung») eine quantitativ beschränkte und auf einen Leistungsauftrag abgestützte Spitalliste gefordert. Demgegenüber hat er sich bezüglich der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten auf den Standpunkt gestellt, dass in diesem Bereich die Kosteneindämmung durch das Mittel des Wettbewerbs erreicht werden soll. Daher wurde die Tätigkeit der Halbprivat- und Privatabteilungen von Privatspitalern und öffentlichen Spitälern zu Lasten der Krankenversicherung dann akzeptiert, wenn diese die personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG nachweisen können, was regelmässig in Zusammenhang mit der kantonalen Betriebsbewilligung erfolgt...». Liste A-Spitäler gelten nach der Praxis des Bundesrats hinsichtlich der halbprivaten und privaten Abteilung dabei als automatisch zugelassen (vgl. Entscheid des BR vom 21. Oktober 1998, «Spitalliste Appenzell A.Rh.»).

### A 3.3 Spitalplanung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision

Im Rahmen der Revision soll gemäss Botschaft die Praxis des Bundesrats geändert und «zu einer quantitativen Steuerung durch eine Planung übergegangen werden, für welche die Versicherungsdeckung unerheblich ist» (S. 780, 2.7). Die Abkehr von der bisherigen Praxis findet ihren Ausdruck im neu formulierten Artikel 39. Inhaltlich neu sind insbesondere die Absätze 2 und 3. Danach muss sich die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung auf die Versorgung aller nach dem KVG versicherungspflichtigen Personen beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Die Spitalliste muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch (nach Massgabe näher geregelter Vereinbarungen) Spitäler und Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege in anderen Kantonen miteinschliessen.

Die Botschaft zur 2. KVG-Revision sieht somit eine Erweiterung der staatlichen Planung gegenüber der heutigen Praxis vor. Diese erweiterten Planungsbefugnisse werden allerdings nicht aus den Bestimmungen über den Vergütungsanteil des Kantons an die Grundversicherung für Zusatzversicherte «abgeleitet», sondern aufgrund ausdrücklicher neuer Bestimmungen über die Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen als Leistungserbringer festgelegt (vgl. Hotz 2001).

So wird in der Botschaft unter Punkt 2.7 ohne weitere Begründung argumentiert, dass eine Ausdehnung der Finanzierungspflicht von KVG-Leistungen auf alle Listenspitäler zur Folge habe, «... dass alle stationären Kapazitäten in die Spitalplanung einbezogen werden müssen und dass eine Differenzierung nicht sachgerecht ist (S. 779)». Im besonderen Teil wird diese Überzeugung wie folgt formuliert: «Im Hinblick auf die Anwendung der Finanzierungsregel (nachfolgend unter Art. 49 Abs. 3 KVG) auf die Behandlung aller Versicherten schlagen wir im Sinne einer Klarstellung die explizite Aufführung der Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen vor (...). Damit wird die in der Praxis häufig anzutreffende Unterscheidung zwischen den Versicherten aufgrund ihrer Versicherungsdeckung unzulässig (Art. 39, S. 786)».

Eine eigentliche Begründung für die Ausdehnung der Spitalplanung wird erst in Abschnitt 4.1 (Marktzugang) der Botschaft geliefert. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen komme dem Staat bei der Infrastrukturplanung eine führende Rolle zu. «Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung auf die (halb-) private Abteilung ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so ermöglicht die Planung eine wirksame Beschränkung des gesamten Angebots im teilstationären und stationären Sektor, in denen derzeit noch ein Überangebot besteht» (S. 799). Diese Rechtfertigung ist ganz offensichtlich völlig unabhängig von der Neuregelung der Spitalfinanzierung. Dies zeigt sich auch darin, dass bereits in der Botschaft des Bundesrats vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 168f.) festgehalten wird, die Spitalplanung bezwecke den Abbau des Überangebots der Spitalkapazitäten.<sup>96</sup>

Problematisch ist in diesem Zusammenhang die Annahme, dass private Leistungserbringer auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt werden, wenn sie «zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind». Einmal ist diese Notwendigkeit eine politische Grösse, die aufgrund internationaler Erfahrungen weit neben den Präferenzen der Bevölkerung liegen kann. Zum zweiten ist zu berücksichtigen, dass der Entscheid über die kategorienweise Aufnahme auf der Spitalliste von einem in der Regel marktbeherrschenden Mitkonkurrenten gefällt wird. Ob auf diese Weise die anvisierte Gleichbehandlung tatsächlich erreicht werden kann, ist fraglich, denn eindeutige Kriterien fehlen oder können aufgrund der Datenlage nicht überprüft werden. Bei der Erstellung der Liste werden sich die Kantone nicht nur fragen, ob die privaten Leistungskapazitäten einem Bedürfnis der Bevölkerung entsprechen, sondern auch, inwieweit der private Leistungserbringer bzw. die einzelnen Fachbereiche das öffentliche Angebot konkurrenzieren.

---

<sup>96</sup> Wir verdanken diesen Hinweis den Vertretern des BSV in der Arbeitsgruppe, Frau Furrer und Herrn Cortesi.

## Anhang A4: Wer hat wieviel Macht im Spitalsektor?

Das KVG ordnet den einzelnen Akteuren unterschiedliche Einflussmöglichkeiten auf die wesentlichen Parameter des Spitalsektors und damit unterschiedliche Machtpositionen zu.

### a. Kantone

Im stationären Bereich kommt den Kantonen die zentrale Rolle zu. Historisch bedingt kontrollieren sie direkt (als Eigentümer)<sup>97</sup> oder indirekt (über Subventionen) rund vier Fünftel der gesamten Spitalkapazität.<sup>98</sup> An der Finanzierung der stationären Behandlungskosten in diesen Spitälern sind sie zu über 50% beteiligt. Über die Spitalplanung (Spitallisten) und die Investitionen bestimmen sie Umfang und Struktur der Spitalkapazitäten. Über Leistungsaufträge können sie Einfluss auf die Nutzung der von ihnen bereitgestellten Kapazitäten nehmen. Ausserdem können sie sich an den Tarifverhandlungen beteiligen oder sogar als Verhandlungsführer auftreten. Schliesslich kommt ihnen bei Tarifstreitigkeiten zwischen Spitälern und Krankenversicherern die Rolle des Schiedsrichters (Schlichtungsinstanz nach Art. 47 KVG) zu. Diese Mehrfachrolle der Kantone kann zu Interessenkonflikten führen. Insbesondere kann es vorkommen, dass nicht die volkswirtschaftlich günstigsten Lösungen getroffen werden, sondern vor allem diejenigen, die den betroffenen Kanton am meisten entlasten.

### b. Spitäler

Bei den Spitälern sind als Entscheidungsträger das Management einerseits und die medizinischen Leistungserbringer andererseits zu unterscheiden. Der unternehmerische Handlungsspielraum des Managements hängt vom institutionellen Hintergrund (Organisationsform, Trägerschaft etc.) ab und variiert stark zwischen den einzelnen Typen von Spitälern. Von Bedeutung ist insbesondere, welche Kompetenzen das Management bei Investitions- und Personalentscheidungen hat, wer die Aufsichtsfunktion wahrnimmt und welche Kompetenzen diesem Gremium zukommen.

Das Management kann – ev. gemeinsam mit den zuständigen Vertretern der öffentlichen Hand – auch zuständig sein für die Tarifverhandlungen mit den Kassen. De facto dominieren heute allerdings Verbandsverträge, auch wenn gemäss Art. 46 Abs. 1 KVG Einzelverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern abgeschlossen werden könnten. Die mit der Einführung des KVG erfolgte Aufhebung des Verbandszwanges hat nur zu einer geringen Zahl von Sonderverträgen geführt, und die erhoffte Entkardialisierung bei den Tarifverträgen fand nicht statt.<sup>99</sup> Damit ist es müssig, über die Markt-(Verhandlungs-)position der einzelnen Spitäler nachzudenken. Von Interesse ist vielmehr die Bedeutung der beteiligten Verbände und öffentlichen Institutionen, welche auf die Tarifbildung Einfluss nehmen.

Unter diesem Blickwinkel ist vor allem die Position der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler auf den ersten Blick als sehr stark einzustufen. Erstens gilt im Grundversicherungsbereich der Kontrahierungszwang. Zweitens haben sie in den meisten Kantonen einen Marktanteil von 70-80%. Drittens werden sie als Gruppe von ihrem jeweiligen Kanton unterstützt, dem auch noch die Schiedsrichterrolle bei Tarifstreitigkeiten zukommt. Viertens ist der Wettbewerb unter diesen Spitälern systembedingt als sehr gering zu betrachten.<sup>100</sup> Ausserdem können sie fünftens – im Gegensatz zu den Krankenversicherern im traditionellen Versicherungsbereich – die Menge der nachgefragten Leistungen und die Art der Leistungserbringung beeinflussen. Entsprechend wird das Gesundheitswesen und damit der Spitalsektor häufig als «Anbietermarkt» bezeichnet, obwohl von einem Markt im ökonomischen Sinn keine Rede sein kann.<sup>101</sup>

97 Zusammen mit den Gemeinden

98 Diese Rolle übernahmen Kantone, Bezirke und Gemeinden zu einer Zeit, als Spitäler entweder gänzlich fehlten oder in ungenügender Zahl vorhanden waren.

Mit der Zeit änderte sich diese Situation, und die lückenhafte Versorgung machte einer – gemessen an internationalen Standards – Überversorgung Platz.

Deshalb wurde im Rahmen des KVG die Verpflichtung der Kantone eingeführt, die Spitalkapazitäten zu reduzieren. Offensichtlich ist es aus lokal- und regionalpolitischen Gründen jedoch schwierig, die bestehenden Spitalkapazitäten substanziell abzubauen. Sommer und Biersack argumentieren, die Kantone hätten diese Zielsetzung weitgehend verfehlt. Dem hält der Vertreter der SDK in der Arbeitsgruppe entgegen, Sommer und Biersack stützten sich auf eine veraltete Datenbasis. Gerade in den letzten Jahren sei unter dem enormen Sparndruck diesbezüglich viel erreicht worden.

99 Bundesamt für Sozialversicherung 2000, S. Z-5 f.

100 Vgl. die Argumentation der Wettbewerbskommission bei ihrem Entscheid «Tarifvertrag in der halbprivaten Zusatzversicherung» (RPW 2001/4 S. 645 ff.).

101 Etwas anders liegt die Situation bei den privaten Spitälern im Zusatzversicherungsbereich, in welchem Vertragsfreiheit herrscht. Vgl. jedoch Wettbewerbskommission 2001, S. 628ff.

De facto wird diese Position allerdings relativiert durch das gemeinsame Auftreten der Krankenversicherer sowie die Eingriffe von Preisüberwacher und anderen Bundesbehörden. So weisen die Vertreter von H+ mit Nachdruck darauf hin, dass die Leistungserbringer ihre Situation ganz anders empfinden. Nach ihrer Ansicht sind es «der neu organisierte und zentralistisch geführte Dachverband der Versicherer, santésuisse, für die Grundversicherung, sowie die grossen Versicherer, die zudem noch Verhandlungsgemeinschaften bilden, für die Zusatzversicherung, welche Markt und Preise dominieren oder über Statutenänderungen und Zahlungseinschränkungen (Beispiel Helsana) Druck auf das Preisgefüge und die Leistungserbringer ausüben. Dabei wird vielfach nur ein Teil der Leistungen in die Beurteilung miteinbezogen, nämlich der Preis, nicht aber die Qualität».<sup>102</sup> Immerhin wird auch von Seite von H+ die Ansicht vertreten, dass die Kantone kein Interesse daran hätten, den einzelnen Institutionen ihre Einnahmen vorzuenthalten, da sie sonst die entstehenden Defizite decken müssten (ebenda, S, 3/5). Von Bedeutung dürfte dies insbesondere bei Tarifstreitigkeiten sein oder wenn die Kantone als Verhandlungsführer für die Spitäler auftreten. Dem stehen aber die – nach Ansicht von H+ sehr bedeutsamen – Einflüsse von Preisüberwacher und Bundesbehörden auf die Tarife gegenüber. Ebenfalls zu beachten ist, dass Entscheide der Kantone beim Bundesrat angefochten werden können. Die Kantone stehen nach Äusserungen einzelner Vertreter in der Tat unter dem Eindruck, bei ihren Entscheiden vom Bund regelmässig desavouiert zu werden.

Die medizinischen Leistungserbringer (Spitalärzte) bestimmen – zusammen mit dem einweisenden Arzt – im wesentlichen über Art und Umfang der Behandlung.<sup>103</sup> Zumindest bei Wahleingriffen ist auch die Zustimmung des Patienten vonnöten. Die Menge der konsumierten medizinischen Leistungen und die Kostenfolgen einer Spitalbehandlung werden also bei gegebenen Tarifen überwiegend von den Spitalärzten bestimmt. Diese haben kaum Anreize zu kostensparendem Verhalten. Bei zusatzversicherten Patienten besteht sogar ein ausgeprägter Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Inwiefern das Management Umfang und Art der Leistungserbringung (z.B. stationär/ambulant, Aufenthaltsdauer) durch «Seelenmassage» der Spitalärzte beeinflussen kann, ist offen.

### c. Krankenkassen

Im Zusammenhang mit der Einführung einer monistischen Finanzierung kommt der Frage, welche Macht die Kassen besitzen, besondere Bedeutung zu. Weil sich die von den Kassen zu tragenden Kosten als Produkt aus Menge und Preis ergeben, ist es zweckmässig, den Einfluss der Kassen auf Tarife und Leistungsmengen separat zu diskutieren.

Die Krankenkassen sind bei den Tarifverhandlungen zunächst einmal der Verhandlungspartner der Spitäler. Weil Verbandstarife im KVG ohne weiteres möglich sind, bestehen für die Versicherer grosse Anreize, zwecks Verstärkung ihrer Verhandlungsposition gemeinsam zu verhandeln.<sup>104</sup> Ausserdem können sie so Verhandlungskosten sparen und den an sich möglichen Wettbewerb untereinander entschärfen. Dies deckt sich mit der von H+ geäusserten Wahrnehmung, wonach die Kassen nicht einzeln, sondern im Rahmen von santésuisse als «Kartell oder sogar Monopol» auftreten. Damit muss auch auf Seite der Krankenversicherer zum vorneherein von einer starken Verhandlungsmacht ausgegangen werden. Die Verhandlungssituation ist unter diesen Umständen einem bilateralen Monopol nicht unähnlich. Eingeschränkt wird die Verhandlungsmacht der Krankenkassen durch den Kontrahierungszwang. Die Kassen können in den Tarifverhandlungen nicht mit einer Vertragsauflösung drohen, wenn sie den Eindruck haben, ihre Forderungen würden von der Gegenseite zu wenig berücksichtigt. Dazu kommt wie erwähnt, dass dem Kanton bei Tarifstreitigkeiten zwischen «seinen» Spitälern und den Krankenversicherern die Rolle des Schiedsrichters zukommt. Dem steht als Gegengewicht der Einfluss des Preisüberwachers und weiterer Bundesbehörden gegenüber. Betrachtet man nur die Entwicklung der Tarife seit Einführung des KVG, ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Nachfrageseite dank der Unterstützung durch Preisüberwacher und andere Bundesbehörden bei den Tarifverhandlungen insgesamt dominiert hat.

102 Stellungnahme H+ zu einer allerersten Fassung dieses Gutachtens vom 10.1.2003, S. 2/5

103 Demzufolge wird der Spitalsektor (bzw. das gesamte Gesundheitswesen) häufig auch als «Anbietermarkt» bezeichnet, obwohl von einem Markt im ökonomischen Sinn keine Rede sein kann.

104 Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung 2000, S. Z-5f.

Ungleich ungünstiger präsentiert sich die Situation der Krankenversicherer auf der Leistungsseite. Im Bereich der klassischen Krankenversicherung ist es diesbezüglich eher angebracht, von der Ohnmacht als von der Macht der Kassen zu sprechen. Die Kassen haben keinerlei Einfluss darauf, ob sich ihre Versicherten in Spitalbehandlung begeben, in welchem Spital sie sich behandeln lassen und wieviele Leistungen erbracht werden, wenn sie einmal im Spital sind. Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen ist aber ein Mengenproblem. Da die Kassen die Mengen kaum beeinflussen können, können sie auch die Kosten und damit die Prämien (im Bereich der traditionellen Versicherung) nicht wirklich kontrollieren.

In diesem Zusammenhang ist der Forschungsbericht *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich* des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) erwähnenswert.<sup>105</sup> Danach vermochte das KVG bisher über die Tarifierung praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten auszuüben. Aufgrund der Ausweichmöglichkeiten seitens der Leistungserbringer führten die Veränderungen in der Tarifierung nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen. Kostenverlagerungen und die Kompensation allfälliger Einnahmeausfälle durch Mengenausweitung waren die Folge. Dem erhöhten Druck auf die Spitaltarife folgten unter anderem Kostenverlagerungen in den ambulanten und teilstationären Bereich. Der Tarifdruck im ambulanten Bereich wurde vor allem über eine Mengenausweitung kompensiert.<sup>106</sup>

#### **d. Managed Care Organisationen**

Etwas anders präsentiert sich die Situation für MCOs, besonders wenn die Ärzte in die Budgetverantwortung eingebunden sind. Die besonderen Versicherungsformen beschränken zunächst die Wahlfreiheit ihrer Versicherten, was ihre Verhandlungsmacht im Prinzip erhöht. Allerdings ist die Marktmacht der MCOs gemessen über ihren Versichertenanteil vorderhand zu gering, um günstigere Bedingungen aushandeln zu können als die Kassen. Neben der Wahl des Leistungserbringers können MCOs jedoch zusätzlich den Leistungsumfang beeinflussen, wenn ihre Ärzte, die neben der Qualität auch ein Interesse an kostengünstigen Behandlungen haben, die Patienten im Spital aktiv begleiten. MCOs weisen in der Schweiz zwar vorläufig relativ geringe Mitgliederzahlen auf, haben aber tendenziell mehr Einflussmöglichkeiten als die grossen Kassen im traditionellen Versicherungsbereich.

#### **e. Patienten**

Letztlich sind es im traditionellen Versicherungsbereich die Patienten und einweisenden Ärzte, die (ausser im Notfall) darüber entscheiden, ob eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen wird und wenn ja, bei welchem Leistungserbringer. Beide haben keine Anreize, Spitalbehandlungen aus Kostengründen möglichst zu vermeiden, einen kostengünstigen Leistungserbringer zu wählen oder die Aufenthaltsdauer kurz zu halten.<sup>107</sup> Die Patienten können dabei im traditionellen Versicherungsbereich unter den Listenspitälern ihres Wohnkantons frei wählen.

<sup>105</sup> Bundesamt für Sozialversicherung, *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich*, Forschungsbericht Nr. 7/00, Beiträge zur sozialen Sicherheit, 2000. Darin wurde auf die Beurteilung der Wirkungen des KVG auf die Tarifierungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen verzichtet. Grundsätzlich lassen sich die Schlussfolgerungen jedoch auch auf den ambulanten Bereich übertragen.

<sup>106</sup> Bundesamt für Sozialversicherung 2000, S. Z-9.

<sup>107</sup> Eine Ausnahme bilden selbständig Erwerbende, doch liegt der Anreiz dafür ausserhalb des Gesundheitswesens. Arbeitsausfälle sind für Selbständigerwerbende in der Regel wirtschaftlich gravierender als für Unselbständige.

## **Anhang A5: Probleme im Zusammenhang mit diagnosespezifischen Fallpauschalen**

Bereits im Rahmen der 2. KVG-Revision ist vorgesehen, dass die Vergütung der stationären Leistungserbringer soweit als möglich über diagnosespezifische Fallpauschalen erfolgen sollte. Auch in einem Wettbewerbsmodell stehen diagnosespezifische Fallpauschalen dort, wo sie einsetzbar sind, also primär im Akutbereich, als Vergütungsform im Vordergrund. Der Grund liegt darin, dass so die Wirtschaftlichkeit der Leistungen von Spitälern relativ einfach verglichen werden kann und dass Fallpauschalen der Mengenausweitung im einzelnen Behandlungsfall Grenzen setzen. Leicht vergleichbar wird die Wirtschaftlichkeit der Leistungen allerdings erst, wenn alle stationären Leistungserbringer das gleiche System von Fallpauschalen verwenden. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wird auf die Frage, welches System von diagnosebezogenen Fallpauschalen gewählt werden sollte, nicht eingetreten.

Die Ablösung eines retrospektiven Kostenerstattungssystems durch prospektive diagnosebezogene Fallpauschalen verändert das Verhalten der Spitäler in vielfältiger Weise. Im Akutbereich ist eine Substitution von stationären durch ambulante Behandlungen und umgekehrt zu erwarten, je nach dem, welche Behandlungsart für das Spital finanziell attraktiver ist. Ebenfalls zu erwarten ist, dass gewisse Einzelleistungen neu ambulant vor Einweisung des Patienten erbracht und so separat abgerechnet werden. Schliesslich ist damit zu rechnen, dass Patienten früher in nachgelagerte stationäre Versorgungseinrichtungen (z.B. Rehabilitationskliniken bzw. -abteilungen) verlegt werden, die nicht durch das prospektive Fallvergütungssystem abgedeckt werden. Gewisse Krankenhäuser werden sogar neue oder zusätzliche Kapazitäten in diesen Bereichen aufbauen.

Generell kann erwartet werden, dass prospektive Fallpauschalen zu einer (verstärkten) Spezialisierung der Spitäler führen. Dies ist sowohl unter qualitativ-medizinischen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten als grundsätzlich begrüssenswert zu bezeichnen. Weiter ist anzunehmen, dass die Spitäler versuchen werden, ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu reduzieren und kostensenkende Technologien kostentreibenden vorzuziehen.

Als problematisch sind insbesondere drei Verhaltensweisen zu bezeichnen, die durch die Einführung von prospektiven Fallpauschalen gefördert werden. Einmal werden die Spitäler versuchen, vor allem Behandlungsfälle aufzunehmen, bei denen die erwartete Vergütung deutlich über den erwarteten Kosten liegt. Man spricht in diesem Zusammenhang von Rosinenpicken (cream-skimming). Zweitens ist damit zu rechnen, dass Patienten vorzeitig entlassen werden, damit man sie wenig später als neue Behandlungsfälle wieder aufnehmen kann (Drehtüreffekt). Drittens ist anzunehmen, dass die Spitäler versuchen werden, den diskretionären Beurteilungsspielraum bei prospektiven Fallpauschalen durch eine geschickte Wahl der Haupt- und Nebendiagnosen voll auszunützen, um ihre Behandlungsfälle in möglichst hoch vergüteten DRGs zu klassieren. Dieses «Aufkodieren» (upcoding bzw. DRG-creep) genannte Verhalten kann dabei bis zu einer bewussten Fehlklassierung von Fällen in falsche, aber höher vergütete Diagnosegruppen gehen.

In welchem Umfang sich diese problematischen Verhaltensweisen einstellen, hängt zentral von der institutionellen Ausgestaltung der Qualitätskontrolle ab. Diese ist bei einer Vergütung über prospektive Fallpauschalen von eminenter Bedeutung. In den USA z.B. wird diese Qualitätskontrolle von allem durch die sog. Peer Review Organizations (PROs) vorgenommen. Diese PROs werden durch regional aufgeteilte Gruppen von Ärzten gebildet, deren Aufgabe es ist, die Qualität der Behandlung zu evaluieren und insbesondere auch zu überprüfen, ob Eintritte, Wiedereintritte und Überweisungen gerechtfertigt sind. Die PROs entscheiden auch über die Ausnahmefälle, in welchen eine DRG-Finanzierung nicht angewendet wird, und beteiligen sich an der Aufdeckung von Manipulationen des DRG-Klassifikationssystems durch die Krankenhäuser.

## **Anhang A6: Wettbewerb als Koordinationsmechanismus im Gesundheitswesen**

In den folgenden Abschnitten A.6.1 und A.6.2 werden in kürzester Form einige Argumente diskutiert, die gegen marktwirtschaftliche Lösungen in Gesundheitswesen ins Feld geführt werden. Im Rahmen dieses Teilprojekts und bei der gebotenen Kürze ist allerdings nur eine sehr oberflächliche Behandlung möglich. In Abschnitt A.6.3. schliesslich werden die Eckpunkte managed-competition Modells aufgelistet.

### **A6.1 Ethische Einwände**

Gegen den Einsatz des Preismechanismus als Koordinationsinstrument im Gesundheitswesen werden regelmässig Einwände aus einer grundsätzlichen ethischen Perspektive erhoben. Gesundheit sei ein so kostbares Gut, dass es auf keinen Fall einer monetären Bewertung unterworfen werden dürfe. Der Einsatz des Preismechanismus führe zwingend zu einer Zweiklassengesellschaft, erlaube den Anbietern, sich auf Kosten von Kranken zu bereichern, und beeinträchtige die Qualität der medizinischen Versorgung. Generell sei die Orientierung an Preisen und Gewinnen – zumindest in diesem Bereich – problematisch.

Die Gegenargumente aus ökonomischer Sicht gehen in der Regel von der begrenzten Verfügbarkeit der Ressourcen sowie den unbegrenzte Bedürfnissen der Bevölkerung aus. Wenn es tatsächlich so sei, dass der Preismechanismus von allen gesellschaftlichen Entscheidungsverfahren am besten in der Lage ist, eine an den Präferenzen der Bevölkerung orientierte optimale Güterversorgung zu bewerkstelligen, dann müsste dieser Mechanismus erst recht im Gesundheitswesen eingesetzt werden, da Gesundheit unbestritten eines der kostbarsten oder gar das kostbarste Gut überhaupt darstellt. Das gleiche Argument gilt für den Einsatz von Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen. Verzichtet man auf den Einsatz dieser Instrumente, so die Argumentation – dann verzichtet man darauf, der Bevölkerung die mit einem bestimmten Ressourceneinsatz maximal mögliche Gesundheitsversorgung und damit den auf die gesamte Bevölkerung bezogenen maximal möglichen Gesundheitszustand zur Verfügung zu stellen. Gerade auch unter ethischen Gesichtspunkten sei dies doch schwer verständlich.

### **A6.2 Funktionsstörungen des Marktmechanismus**

Eine zweite Argumentationslinie besagt, dass im Gesundheitswesen spezifische Probleme auftreten, mit denen (auch) der Marktmechanismus Mühe habe. Im Vordergrund stehen das Problem der asymmetrischen Information sowie Unteilbarkeiten.

#### **a. Asymmetrische Information**

Asymmetrische Information beeinträchtigt die Funktionsfähigkeit von Märkten. Das Gesundheitswesen ist einer der Bereiche, in denen dieses Phänomen sehr ausgeprägt in Erscheinung tritt. Von asymmetrischer Information spricht man dann, wenn ein Individuum oder eine Organisation über Informationen verfügt, welche ein anderes Individuum oder eine andere Organisation nicht besitzt. Asymmetrische Information tritt definitionsgemäss immer im Zusammenhang mit Risiko und Unsicherheit auf. Unmittelbar betroffen sind daher einmal die Versicherungsmärkte.

Asymmetrische Information stellt aber in einem weit allgemeineren Sinne auch den Kern des Principal-Agent-Problems dar. Wenn immer auf einem Markt eine Principal-Agent-Beziehung mit asymmetrischer Information besteht, kann es zu einem Marktversagen in dem Sinne kommen, dass das Marktergebnis von demjenigen bei vollkommenem Wettbewerb – einer in der Realität kaum auftretenden (statischen) Idealvorstellung – abweicht. Asymmetrische Information unterscheidet sich von den «klassischen» Marktversagen insofern, als es sich dabei um ein allgemeines institutionelles Versagen und nicht lediglich um ein Marktversagen handelt. Aktivitäten des Staates und anderer nicht-marktlicher Institutionen werden von asymmetrischer Information genauso betroffen wie der Marktmechanismus. Entsprechend ist auch nicht a priori klar, inwiefern staatliche Eingriffe dem Marktmechanismus überlegen sind, wenn asymmetrische Information vorliegt.

Asymmetrische Information kann zwei Formen annehmen (Conolly and Munro 1999): Verborgenes Handeln (moral hazard) und verborgenes Wissen (adverse selection). Moral hazard tritt z.B. auf, wenn eine Versicherung das Verhalten der Versicherten nicht vollumfänglich beobachten (kontrollieren) kann. Die Versicherten haben dann einen Anreiz, die versicherte Leistung in einem überoptimalen Umfang zu beanspruchen und so die Versichertengemeinschaft auszubeuten. Man unterscheidet dabei zwischen ex ante und ex post moral hazard: Ex ante kann der Versicherte die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines Schadensereignisses beeinflussen, ex post das Ausmass des Schadens. Moral hazard ist allgemein bei jeder Prinzipal-Agent Beziehung ein Problem, wenn Principal und Agent nicht die gleichen Ziele verfolgen und der Principal das Verhalten des Agenten nicht vollumfänglich beobachten (kontrollieren) kann (Aktionäre/ Management; Regulierungsbehörde/Management etc.).

Die Principal-Agent-Problematik manifestiert sich auch in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die entscheidende Frage dabei ist, wie der Leistungserbringer (Agent) dazu gebracht werden kann, im Interesse (als Sachwalter) des Patienten (Prinzipals) zu handeln. Hier sind insbesondere die Anreizwirkungen der diversen Vergütungsformen von Bedeutung. So ist Einzelleistungsvergütung mit der Gefahr der anbieterinduzierten Nachfrage verknüpft (d.h. es werden u.U. Leistungen erbracht, die der Patient bei vollkommener Information nicht nachgefragt hätte), während umgekehrt Pauschalen die Gefahr in sich bergen, dass zu wenig Leistungen oder Leistungen in ungenügender Qualität erbracht werden. Diese Problematik ist offensichtlich nicht auf wettbewerbliche Systeme beschränkt.

Adverse Selektion (negative Auslese) tritt z.B. dann auf, wenn in einem Versicherungsmarkt die Versicherten unterschiedliche Risiken darstellen und die Versicherer keine Möglichkeit haben, gute von schlechten Risiken zu unterscheiden. In diesem Fall kommt es zu einer Risikoentmischung in dem Sinne, dass sich die guten Risiken nicht mehr versichern lassen. Rothschild/Stiglitz (1976) haben gezeigt, dass bei asymmetrischer Information nicht unbedingt ein Konkurrenzgleichgewicht existiert und dass ein solches Gleichgewicht nicht unbedingt effizient ist, wenn es existiert. In der Realität sind die Versicherer allerdings i.d.R. in der Lage, von beobachtbaren Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstatus, Beanspruchung der Versicherung in der Vergangenheit etc. Erwartungswerte für einzelne Personengruppen über zukünftige Versicherungsleistungen zu bilden. Damit können sie dann Risiko-selektion in dem Sinn betreiben, dass sie vor allem gute Risiken zu versichern suchen (Jagd auf gute Risiken) und dass die schlechten Risiken Mühe haben, sich zu versichern. Entsprechend wird die Frage, ob der Staat im Krankenversicherungsbereich eingreifen sollte, eher unter Gerechtigkeits- als unter Effizienzgesichtspunkten diskutiert.

Im Rahmen des von Enthoven (1978, 1988) entwickelten managed competition-Ansatzes wird der Problematik der adversen Selektion dadurch Rechnung getragen, dass ein Versicherungsobligatorium mit vorgegebenem Mindestleistungskatalog postuliert und den Versicherern eine Aufnahmepflicht auferlegt wird. Wird den Versicherern erlaubt, risikogerechte Prämien zu berechnen, bedarf es diesbezüglich keiner weiteren Regulierung. Wird demgegenüber ein System von pauschalen oder einkommensabhängigen Prämien vorgeschrieben, muss zusätzlich ein Risikostrukturausgleich eingerichtet werden, damit es sich für die Versicherer lohnt, echten Leistungswettbewerb und nicht einfach Risikoselektion zu betreiben. Dem moral-hazard-Problem können die Versicherer durch Kostenbeteiligungen der Versicherten entgegenwirken, wobei zur Verhinderung von Entsolidarisierung gesetzliche Obergrenzen vorgesehen werden sollten. Das geltende KVG kommt diesen Vorstellungen offensichtlich sehr nahe, ausser dass das Grundleistungspaket eher einem Maximal- als einem Mindestleistungspaket entspricht. Weitere Elemente des managed competition Ansatzes werden in Abschnitt 6.2 diskutiert.

## **b. Unteilbarkeiten**

Ein zweites Problem, das im Spitalsektor in Erscheinung treten kann, sind Unteilbarkeiten. Unteilbarkeiten resultieren daraus, dass die Kapazitäten von Produktionsanlagen u.U. nicht beliebig teilbar sind, sondern nur in grossen Sprüngen variiert werden können. Unteilbarkeiten führen zu einer Konzentration auf der betreffenden Marktseite. Im Extremfall kann die Nachfrage am kostengünstigsten nur von einem Anbieter bedient werden, und es entsteht so ein sog. «natürliches» Monopol.



Im Gesundheitswesen können Unteilbarkeiten höchstens im stationären Sektors auftreten, einerseits, weil bestimmte medizinische Apparaturen eine bestimmte Mindestzahl von Patienten voraussetzen, um rentabel betrieben zu werden, andererseits, weil eine bestimmte Mindestzahl von Eingriffen notwendig sein kann, um höchste Qualität (z.B. bei chirurgischen Eingriffen) sicherzustellen. Daraus können sich besonders in ländlichen Gebieten hohe Angebotskonzentrationen bis hin zu einem regionalen Monopol ergeben.

Eine Möglichkeit, solche Angebotskonzentrationen zu entschärfen, besteht darin, dass auch die Marktgegenseite hoch konzentriert ist. Wenn beide Marktseiten über die gleiche Marktstellung verfügen, also etwa den gleichen Konzentrationsgrad aufweisen, existieren keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume. Man kann diese Hypothese wohlfahrtstheoretisch belegen und z.B. zeigen, dass die Marktform des zweiseitigen (bilateralen) Monopol genauso zu einem Pareto-Optimum führen kann wie die der vollständigen Konkurrenz.

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen ergibt sich eine solche Situation ganz von selbst. Wie mehrfach erwähnt, ist nämlich auf beiden Marktseiten mit einem Konzentrationsprozess in vornehmlich regionalen Märkten zu rechnen. Im Sinne der obigen Ausführungen könnte daher trotz Unteilbarkeiten mit wettbewerbsähnlichen Ergebnissen gerechnet werden. Dazu kommt, dass ausdrücklich das Kartellgesetz vorbehalten werden soll, um allfälligen Missbräuche von Marktmacht einen Riegel vorzuschieben.

### **A6.3 Eckpunkte eines Managed Competition-Modells**

1. Freier Marktzutritt qualifizierter Versicherer
2. Keine Einschränkung bezüglich Erwerbszweck
3. Vorgeschriebenes Mindestleistungspaket
4. Versicherungsobligatorium
5. Freiheit der Kassenwahl (Aufnahmezwang)
6. Risikogerechte Prämien oder pauschale Prämien mit Risikostrukturausgleich
7. Wählbare Kostenbeteiligung mit vorgegebener Obergrenze
8. Einkommensabhängige Prämienbeiträge an wirtschaftlich Schwächere (z.B. gemäss Vorschlag Nationalrat)
9. Freier Marktzutritt qualifizierter medizinischer Leistungserbringer
10. Monistische Finanzierung über Krankenkassen und Managed Care Organisationen (Steueranteil offen)
11. Vertragsfreiheit
12. Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen

## **Anhang A7: Modell H<sup>+</sup>: Monistisches System mit paritätischer Kommission (von H<sup>+</sup> verfasst)**

### **1. Einleitung**

Das folgende Modell ist ein wettbewerbliches. Trotzdem können nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens in einem Markt eingekauft werden: z. B. die Notfallversorgung oder Leistungen in Gebieten, wo keine Marktsituation bestehen kann. Diese Angebote müssen separat auf regionaler oder nationaler Ebene geregelt werden, allenfalls durch eine verfassungsrechtliche Ordnung.

### **2. Akteure**

Bei dem monistischen Modell mit einer paritätischen Kommission (Modell H<sup>+</sup>) ändern sich die Aufgaben, Funktionen und Rollen der Akteure im Vergleich zu anderen Modellen des Monismus. Zusätzlich zu den drei Akteuren Kostenträger, PatientInnen und Leistungserbringer kommt eine paritätische Kommission hinzu.

### **Paritätische Kommission: Zusammensetzung und Aufgaben**

Die paritätische Kommission setzt sich aus den Kostenträgern, den Leistungserbringern und den Patienten zusammen. Sie hat folgende drei Aufgaben:

1. Sie bestimmt die Regeln, unter denen die Marktteilnehmer, der Monist und die Leistungserbringer, miteinander verhandeln und Verträge abschliessen.
2. Sie übernimmt die Supervision des Gesamtsystems mit Monitoring und Eingreifen bei Regelverstößen.
3. Sie schlichtet Streitigkeiten zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern.

### **Zwei gute Gründe für die Paritätische Kommission**

Zwei gute Gründe sprechen für die paritätische Kommission. Zum ersten unterstützt der Einbezug aller Beteiligten die Effizienz des Systems, indem gemeinsam die Verantwortung dafür getragen wird. Zum zweiten sind Entscheidungen leichter umzusetzen, wenn die Betroffenen zu Beteiligten gemacht worden sind. Organisatorisch kann die paritätische Kommission in fachliche Arbeitsgruppen unterteilt werden.

### **Der Monist als Einkäufer**

Der Monist als Einkäufer des Leistungsangebotes hat drei Aufgaben.

1. Er steuert mit seinem Geldfluss das Angebot der Leistungserbringer, indem er mit den Leistungserbringern die konkreten Konditionen und Preise verhandelt. Als Basis dient die Vollkostenrechnung. Die Paritätische Kommission legt ein Regelwerk fest.
2. Er kauft die Leistungen ein.
3. Er kontrolliert die Leistungsabrechnung.

### **Zwei Anforderungen an den Monisten**

Die Eigenschaften des Monisten müssen in einen freien Wettbewerb passen. Er muss zwei Bedingungen erfüllen:

Zum einen darf er kein Monopolist oder Kartell sein, sondern muss genauso pluralistisch auftreten wie die Leistungserbringer.

Zum anderen darf er keine Mehrfachfunktionen haben, durch die er in Interessenkonflikte kommt. Streng genommen spielt es in diesem Modell keine Rolle, wer Monist ist. Aus der heutigen Perspektive können dies sowohl die Versicherer sein, als auch Managed Care Organisationen / Hausarztnetzwerke sein.

### **3. Die Aufgaben der paritätischen Kommission**

#### **3.1 Bedingungsfestlegung**

Die paritätische Kommission legt drei Bedingungen fest. Sie betreffen:

1. die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs,
2. die Minimalkriterien der Leistungsverträge,
3. die Prozessbedingungen für den Verhandlungs- und den Beschwerdeprozess im Fall einer Uneinigkeit zwischen Kostenträger und Leistungserbringern.

#### **Minimalkriterien für Leistungsverträge**

Die Minimalkriterien sind Regeln für die Beteiligten und ihre Finanzflüsse namentlich für folgende Bereiche:

1. Qualität der Leistung
2. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit / Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Leistung
3. Leistungsmessung für Vergleichbarkeit / Benchmarking
4. Finanzregelwerk für die Leistungsabgeltung, um Machtspiele mit Geld zu verhindern. Dies beinhaltet Zahlungsfristen und Informationspflichten der Leistungserbringer zu den fakturierten Leistungen.
5. Anschubfinanzierung
6. Integriert in die Vollkostenrechnung die Verrechnung von Investitionen und Vorhalteleistungen.

Zu diesen Minimalkriterien können Akteure weitere Kriterien aufstellen. Zum Beispiel kann ein Kanton weitere Anforderungen an die Versorgung stellen. Dieses Mehrangebot muss er dann jedoch selbst finanzieren.

#### **3.2 Supervision**

Die paritätische Kommission stellt nicht nur Regeln auf. Sie überwacht diese Regeln, das Gesamtsystem und die einzelnen Akteure analog zur Wettbewerbskommission und zur Börsenaufsicht.

#### **3.3 Schiedsgericht**

Die dritte Aufgabe der paritätischen Kommission ist die vorgerichtliche Streitschlichtung in formeller und inhaltlicher Hinsicht. Nach ihr folgt ein normales Gerichtsverfahren.

Der Entscheid der paritätischen Kommission kann auf Zahlung, Teilzahlung oder Nichtzahlung einer fakturierten Leistung oder Abschluss eines Vertrages lauten. Die paritätische Kommission kann von beiden Vertragsparteien oder von verhandelnden Parteien angerufen werden. Der Weg über die paritätische Kommission als Schiedsgericht soll ein rascher Weg sein und klare Entscheide bringen.

Das Schiedsgericht muss möglichst weite Teile des Gesundheitswesens abdecken. Es soll zuständig sein für Tarifstreitigkeiten, aber auch z.B. für Konflikte über Qualitätsfragen. Seine Aufgabe kann deshalb keine bestehende vorgerichtliche Instanz übernehmen, insbesondere nicht der Preisüberwacher oder die Wettbewerbskommission.

### **4. Ein Phasenmodell und der Bundesrat**

Die zuständigen Organe können die konkrete Verwirklichung dieses Monismusmodells in Bezug auf die Verhandlungs- und Umsetzungspartner analog zum Tarifwerk TARMED vornehmen. Die Beteiligten einigen sich in einem Phasenmodell über die Verfahren und Inhalte. Sie bestimmen zuerst die Rahmenbedingungen und danach die Minimalkriterien. Sie konstituieren abschliessend auch die Organisation der Schiedsgerichtsbarkeit. Die Beteiligten sind für die Pflege des Systems, wie z. B. die Aktualisierung der Rahmenbedingungen und der Regeln verantwortlich. Dieses Phasenmodell endet mit der Zustimmung des Bundesrates. Er kann ausserdem Vorschläge zur Überarbeitung zurückweisen oder selbst Rahmenbedingungen und inhaltliche Konditionen erlassen.

### **5. Umsetzung**

Die Umsetzung erfolgt gemäss dem Phasenmodell (siehe Punkt 4.). Das Gesetz hält fest, welche Rahmenbedingungen und welche Minimalkriterien geregelt werden müssen. Mit der Einführung des Modells H+ werden die bestehenden Regeln, insbesondere des KVG, angepasst oder aufgehoben.

Das Gesetz überträgt die Pflicht zur Umsetzung den Beteiligten. Es delegiert diese Umsetzungskompetenz an den Bundesrat für den Fall, dass die Beteiligten sich nicht einigen können.

## **Anhang A8: Auswirkungen einer monistischen Spitalfinanzierung auf den Risikoausgleich**

Grundlagenpapier für die durch das Bundesamt für Sozialversicherung eingesetzte Arbeitsgruppe  
«Monistisches Spitalfinanzierungssystem» – **Version 3**

Im Auftrag  
des Bundesamtes für Sozialversicherung und von Prof. Dr. Robert E. Leu

Dr. Stefan Spycher

Bern, 25. Februar 2003

### **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung</b>	<b>67</b>
<b>1 Ausgangslage und Fragestellung</b>	<b>68</b>
<b>2 Überlegungen zum Vorgehen</b>	<b>68</b>
<b>3 Datengrundlagen</b>	<b>70</b>
<b>4 Ergebnisse</b>	<b>71</b>
<b>5 Literatur</b>	<b>80</b>

## Zusammenfassung

### Ausgangslage

Die vom Bundesamt für Sozialversicherung eingesetzte Arbeitsgruppe «Monistische Spitalfinanzierung» interessiert sich für die Auswirkungen eines Übergangs zu einer monistischen Spitalfinanzierung auf den Risikoausgleich. Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) wurde damit beauftragte, erste Berechnungen durchzuführen.

### Methodisches Vorgehen

Im Gegensatz zu heute haben die Versicherer in einem monistischen Finanzierungssystem die volle Kostenverantwortung für den ambulanten und den stationären Bereich zu übernehmen. Um die Auswirkungen auf den Risikoausgleich beurteilen zu können, müssen die durch die Versicherer zusätzlich zu übernehmenden Kosten auf die Versicherer und ihre Risikoausgleichsgruppen verteilt werden. Dies erfolgt kantonsweise und nach dem Anteil der einzelnen Risikoausgleichsgruppen am Total der im jeweiligen Kanton entstandenen Kosten.

In einem monistischen Spitalfinanzierungssystem ist weiter vorgesehen, dass die heute von den Kantonen übernommenen Kosten der stationären Aufenthalte an die Versicherer oder an die Versicherten rückvergütet werden. Im vorliegenden Rahmen wurde eine Pro-Kopf-Rückerstattung an die Versicherer überprüft. Dabei wurde angenommen, dass die Rückerstattung so erfolgt, dass die Erwachsenen ab 26 Jahren mit dem Gewicht 1.0 einfließen, die jungen Erwachsenen zwischen 19 und 25 Jahren mit dem Gewicht 0.5 und die Kinder bis 18 Jahre mit dem Gewicht 0.3 (entsprechend den relativen Kostenverhältnissen).

### Datengrundlagen

Für die Durchführung der Berechnungen wurden von der Gemeinsamen Einrichtung KVG, dem Bundesamt für Statistik und santésuisse die entsprechenden Datengrundlagen bereit gestellt.

### Ergebnisse

Der Übergang von der heutigen Spitalfinanzierung zur dual-fixen Finanzierung gemäss der Ständeratsvariante in der 2. Teilrevision des KVG führt zu Mehrkosten von 752 Millionen Franken, welche die Versicherer zusätzlich zu tragen haben. In der Folge nimmt das Risikoausgleichsvolumen von 732 Millionen Franken auf 782 Millionen Franken (+6.9%) zu (Basisjahr 2000).

Die monistische Spitalfinanzierung sieht vor, dass die Versicherer alle Kosten im ambulanten und stationären Bereich übernehmen. Dies führt zu einer starken Zunahme der Kosten, welche die Versicherer zu tragen haben (+4.5 Milliarden Franken gegenüber dem dual-fixen Modell). Das Risikoausgleichsvolumen nimmt entsprechend gegenüber dem dual-fixen Modell um 257 Millionen Franken (+33%) von 783 Millionen Franken auf 1'039 Millionen Franken zu.

### Fazit

Obschon durch einen Übergang zu einem monistischen Spitalfinanzierungssystem die Versicherer doppelt so hohe Kosten zu tragen haben, verdoppelt sich das Umverteilungsvolumen des Risikoausgleich nicht: Es steigt um rund einen Drittel.

Das Umverteilungsvolumen selbst ist allerdings kein guter Indikator, um die Veränderungen durch den Übergang zum monistischen Spitalfinanzierungssystem zu beurteilen. Wenn die Kostenstrukturen aller Versicherer gleich wären, dann würde sich das Umverteilungsvolumen trotz Kostenverdoppelung nicht verändern.

Entscheidend sind letztlich die Auswirkungen auf die Durchschnittskosten nach Risikoausgleich und nach Rückerstattung der Kantonsanteile (Subvention).

## Ausgangslage und Fragestellung

Professor Dr. Robert E. Leu wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beauftragt, im Hinblick auf die 3. KVG-Revision eine Arbeitsgruppe zum Thema «Monistische Spitalfinanzierung» zu leiten. Die monistische Spitalfinanzierung hat Berührungspunkte zum Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Durch die Übernahme der gesamten Kostenverantwortung steigen bei den Versicherern die Kosten, welche die Grundlage für die Berechnung des Risikoausgleichs darstellen. Wie der Risikoausgleich auf diese Veränderung reagiert, ist vorerst offen.

Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS wurde angefragt, ob es zuhanden von Professor Leu und der Arbeitsgruppe die entsprechenden Berechnungen der Auswirkungen auf den Risikoausgleich vornehmen könne. Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse. Es handelt sich dabei um eine nach den Diskussionen in der Arbeitsgruppe überarbeitete zweite Version.

## Überlegungen zum Vorgehen

Die Arbeitsgruppe Leu untersucht die mögliche Ausgestaltung eines monistischen Spitalfinanzierungssystems und dessen Auswirkungen auf verschiedene Bereiche. Ein Teilbereich stellen die Auswirkungen auf den Risikoausgleich bzw. die Querbezüge zum Risikoausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung dar.<sup>108</sup> Dabei sind zwei Elemente des Übergangs zur monistischen Finanzierung auseinander zu halten:

→ Durch die Übernahme des Kantonsanteils an den stationären Kosten in der Grundversicherung steigt die durch die Versicherer zu finanzierende Summe. Dies beeinflusst den Risikoausgleich, weil nicht alle Versicherer von Spitalaufenthalten gleich betroffen sind.

→ Es ist davon auszugehen, dass die Kantonsanteile in irgend einer Form auf die Versicherer bzw. die Versicherten verteilt werden. Im vorliegenden Rahmen interessiert nur die Verteilung auf die Versicherer, weil nur sie die Kostenstrukturen der Versicherer beeinflussen kann. Mehrere Optionen sind in diesem Zusammenhang vorstellbar: (1) Die Verteilung über die – allenfalls gewichtete – Anzahl der Versicherten (= pro Kopf)<sup>109</sup>, (2) die Verteilung nach dem Anteil der Versicherer an den stationären Kosten in der Grundversicherung und (3) die Verteilung über den Risikoausgleich (vgl. Leu et al. 1999). In Absprache mit Prof. Leu wurden im Sinne eines ersten Zugangs nur die Auswirkungen der Pro-Kopf-Verteilung untersucht.

Das untersuchte Modell ist also zweistufig: (1) Die Versicherer haben Mehrkosten zu übernehmen. Dadurch wird der Risikoausgleich beeinflusst. (2) Die ehemaligen Kantonsanteile an den stationären Kosten werden auf die Versicherer verteilt. Zusammen mit den Risikoausgleichsabgaben bzw. –beiträgen beeinflussen sie die resultierenden Durchschnittskosten pro Versicherung.

Wenn die genannten Veränderungen untersucht werden sollen, dann stellt sich die Frage, mit welchem Referenzzustand im Bereich der Spitalfinanzierung die Auswirkungen verglichen werden sollen. Hier sind zwei Referenzen zu unterscheiden:

→ (a) Der heutige Zustand nach geltendem KVG.

→ (b) Der Zustand nach der 2. Teilrevision des KVG.

Da die 2. Teilrevision des KVG noch nicht umgesetzt ist – vielmehr ist sie inzwischen entscheidend ins

---

<sup>108</sup> Alternative Ausgestaltungen stehen vorerst nicht zur Diskussion (fehlende Datengrundlagen).

<sup>109</sup> Konkret werden die Versicherten wie folgt gewichtet:

→ Erwachsene: 1.0

→ Junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre): 0.5

→ Kinder (0 bis 18 Jahre): 0.3

Die Abstufung entspricht den durchschnittlichen Kostenverhältnissen in den Kantonen Zürich, Genf, Waadt und Aargau.

Stocken geraten – müssen die geplanten Veränderungen über Annahmen abgeschätzt werden. Insbesondere folgende vier Elemente des Übergangs vom heutigen zum dual-fixen Modell sollen berücksichtigt werden (es interessieren im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich nur die Veränderungen für die Versicherer im Rahmen der Grundversicherung):

→ Die Versicherer übernehmen die Hälfte der Investitionskosten, welche bisher die Kantone alleine zu tragen hatten. Die Investitionen schwanken über die Jahre. Die vom Bundesamt für Statistik zu Verfügung stehenden Daten weisen für die Jahre 1998 bis 2000 folgende Werte aus: 797 Millionen Franken, 839 Millionen Franken und 834 Millionen Franken (BFS 2002). Für jeden Kanton werden wir mit einem Mittelwert der drei Jahre rechnen.

→ Die Kantone haben bei den Zusatzversicherten neu wie bei den Grundversicherten den Kantonsanteil zu übernehmen (rund 650 Millionen Franken gemäss Angaben des BSV 2002 bzw. 700 Millionen Franken gemäss Angaben der SDK 2002).<sup>110</sup>

→ Die Kantone übernehmen neu den Kantonsanteil an den stationären Kosten nicht nur in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, sondern auch in Privatspitälern. Zur Zeit liegen nur grobe Schätzungen vor, wie diese Veränderung die Kosten der Kantone beeinflussen. Die Schätzungen hängen nicht zuletzt von der Annahme ab, wie viele Privatspitäler auf den Spitallisten der Kantone stehen werden. Das BSV geht von einer Kostenverschiebung zwischen Kantonen und Versicherern von rund 280 Millionen Franken aus (BSV 2002). Die SDK schätzt die Kostenverschiebung auf 400 bis 500 Millionen Franken (SDK 2002).<sup>111</sup>

→ Die nach den verschiedenen Anpassungen insgesamt resultierenden stationären Kosten, welche im Rahmen der Grundversicherung zu übernehmen sind, werden je hälftig auf die Versicherer und die Kantone verteilt (dual-fixes Modell von 50%:50%). In den meisten Kantonen bedeutet dies Mehrkosten für die Versicherer.

Da verschiedene Kostenschätzungen bestehen, wäre es an sich sinnvoll, zwei Varianten zu berechnen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen den beiden möglichen Varianten.

Für den Risikoausgleich sind die Angaben der Versicherer entscheidend. In Variante A haben die Versicherer im dual-fixen Modell 752 Millionen Franken mehr zu tragen als heute, in Variante B 777 Millionen Franken. Berechnungen zeigen, dass sich dieser Unterschied von 25 Millionen Franken nicht auf die Ergebnisse der Auswirkungen auf den Risikoausgleich auswirkt. Daher beschränken wir uns darauf, die Ergebnisse der Variante A vorzustellen.

110 Die zusätzlich durch die Kantone zu übernehmenden Kosten werden gemäss den Anteilen der jeweiligen Kantone am gesamtschweizerischen Volumen der halbprivaten und privaten Zusatzversicherungen auf die Kantone verteilt (Datenquelle: santésuisse-Datenpool). Innerhalb der Kantone werden die Zusatzkosten gemäss den Anteilen der einzelnen Risikoausgleichsgruppen der einzelnen Versicherer am Total der kantonalen Kosten auf die einzelnen Risikoausgleichsgruppen und Versicherer zugewiesen.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten kann kein anderes Vorgehen gewählt werden. Dennoch hat es bestimmte Implikationen, die man sich vor Augen führen muss: Wir implizieren mit unserem Vorgehen, dass alle Risikoausgleichsgruppen prozentual im selben Ausmass von den neu zu übernehmenden Kosten betroffen sind. Dies dürfte teilweise nicht zutreffen. Bei den stationären Kosten können wir davon ausgehen, dass tendenziell die älteren Risikoausgleichsklassen überproportional betroffen sind.

111 Die zusätzlich durch die Kantone zu übernehmenden Kosten werden gemäss den Anteilen der jeweiligen Kantone am gesamtschweizerischen Volumen der Pflegetage in privaten Spitälern auf die Kantone verteilt (Datenquelle: BFS). Innerhalb der Kantone werden die Zusatzkosten gemäss den Anteilen der einzelnen Risikoausgleichsgruppen der einzelnen Versicherer am Total der kantonalen Kosten auf die einzelnen Risikoausgleichsgruppen und Versicherer zugewiesen.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten kann kein anderes Vorgehen gewählt werden. Dennoch hat es bestimmte Implikationen, die man sich vor Augen führen muss: Wir implizieren mit unserem Vorgehen, dass alle Risikoausgleichsgruppen prozentual im selben Ausmass von den neu zu übernehmenden Kosten betroffen sind. Dies dürfte teilweise nicht zutreffen. Bei den stationären Kosten können wir davon ausgehen, dass tendenziell die älteren Risikoausgleichsklassen überproportional betroffen sind.

Tabelle 1: Annahmen über die Kostenverschiebungen beim Übergang von der heutigen Finanzierung zur dual-fixen Finanzierung (alle Angaben im Millionen Franken)

	Variante A			Variante B		
	Kosten Versicherer	Kosten Kantone	Kosten Total	Kosten Versicherer	Kosten Kantone	Kosten Total
<b>Ausgangslage:</b>						
<b>Kosten im Jahr 2000</b>	<b>3'794</b>	<b>4'648</b>	<b>8'442</b>	<b>3'794</b>	<b>4'648</b>	<b>8'442</b>
Kostenverschiebungen						
a) Investitionskosten	+ 412	- 412	0	+ 412	- 412	0
b) Zusatzversicherte	0	+ 650	+ 650	0	+ 700	+ 700
c) Privatspitäler	- 280	+ 280	0	- 560	+ 560	0
<b>Zwischentotal</b>	<b>3'926</b>	<b>5'166</b>	<b>9'092</b>	<b>3'646</b>	<b>5'496</b>	<b>9'142</b>
Kostenaufteilung 50:50	+ 620	- 620	0	+ 925	- 925	0
<b>Kosten dual-fix Total</b>	<b>4'546</b>	<b>4'546</b>	<b>9'092</b>	<b>4'571</b>	<b>4'571</b>	<b>9'142</b>
Differenz zu heute	+ 752	- 102	+ 650	+ 777	- 77	+ 700

Quelle: Eigene Darstellung

## Datengrundlagen

Um die Auswirkungen eines Übergangs vom dualen zum monistischen Spitalfinanzierungssystem auf den Risikoausgleich abschätzen zu können, stehen uns folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

### Gemeinsame Einrichtung KVG

Von der Gemeinsamen Einrichtung KVG stehen die Angaben für den definitiven Risikoausgleich und die Jahre 1999 bis 2001 zur Verfügung. D.h. pro Versicherer und pro Risikoausgleichsgruppe und Kanton und Jahr:

- Anzahl Versicherungsmonate
- Total Bruttokosten
- Total Kostenbeteiligungen
- Beitrag/Abgabe in den Risikoausgleich (pro Versicherungsmonat und Total pro Gruppe)



**santésuisse**

Hier stehen aus dem Datenpool für die Jahre 1999 bis 2001 folgende Daten zur Verfügung: Für jeden Kanton und nach Risikoausgleichsgruppen (aber nicht nach Versicherer!)

- Total der OKP-Kosten der stationären Leistungserbringer (ohne Pflegeheime), unterteilt nach: (a) ambulant/teilstationär, (b) stationär, (c) Übrige Kosten
- Total der Versicherungsmonate
- Total der OKP-Bruttokosten
- Total der Kostenbeteiligungen

Weiter stehen für dieselben Jahre auch Angaben zu den Zusatzversicherungen (Schweiz Allgemein, Halbprivat/Privat, ambulant) zur Verfügung.

- Total der Bruttokosten in den drei Zusatzversicherungen (a) Schweiz Allgemein, (b) Halbprivat/Privat und (c) Spital ambulant, nach Kantonen (aber nicht nach Risikoausgleichsgruppen und nicht nach Versicherern)
- Total der Bruttokosten in den Zusatzversicherungen nach VVG insgesamt, nach Kantonen und Risikoausgleichsgruppen (aber nicht nach einzelnen Versicherungszweigen und nicht nach Versicherern)

**BFS**

Hier stehen zum einen die auf das Jahr 2000 aktualisierten 5 Tabellen, welche in der Botschaft des Bundesrates zur 2. Teilrevision im Anhang aufgeführt sind, zur Verfügung. Wichtig sind insbesondere folgende Tabellen pro Kanton (aber nicht nach Risikoausgleichsgruppe und nicht nach Versicherer):

- Investitionen (Tabelle 2 im Anhang der Botschaft)
- Kostenaufteilung Versicherer/Kantone inkl./exkl. Investitionen (Tabelle 5)

Zum anderen verfügen wir über eine Sonderauswertung der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Für jeden Kanton stehen uns die Anzahl der erbrachten Pflgetage bzw. die Anzahl der Betten nach rechtlichem Status der Institution zur Disposition (öffentlich vs. privat).

**Ergebnisse*****Entwicklung der Kosten, welche durch die Versicherer zu übernehmen sind***

Die nachfolgenden Tabellen zeigen schrittweise auf, wie sich die Kosten, welche die Kantone bzw. die Versicherer in den verschiedenen Finanzierungssystemen zu tragen haben, entwickeln.

**Ausgangspunkt: Die Kosten im Jahr 2000**

Tabelle 2: Die Kosten im Jahr 2000 – heutige Spitalfinanzierung (in Millionen Franken)

	Versicherer		Kantone		Total	Kosten Total
	Betriebsausgaben	Betriebsausgaben	Investitionen, Mittelwert 1998 bis 2000	Intransparenz 4% Abzug auf allen kantonalen Ausgaben		
Zürich	607	485	141	-25	601	1'209
Bern	449	560	144	-28	676	1'124
Luzern	151	109	34	-6	137	288
Uri	15	14	7	-1	20	35
Schwyz	52	70	1	-3	68	121
Obwalden	13	13	0	-1	13	26
Nidwalden	14	16	1	-1	17	31
Glarus	18	21	15	-1	34	52
Zug	37	37	4	-2	39	76
Fribourg	118	115	23	-6	133	252
Solothurn	113	127	47	-7	167	279
Basel-Stadt	162	166	57	-9	215	376
Basel-Landschaft	154	148	41	-8	181	335
Schaffhausen	38	42	3	-2	43	81
Appenzell A.Rh.	24	22	6	-1	27	51
Appenzell I.Rh.	6	3	0	0	4	10
St.Gallen	197	214	25	-10	230	427
Graubünden	104	84	35	-5	115	219
Aargau	260	179	65	-10	234	493
Thurgau	125	68	8	-3	73	198
Ticino	218	133	27	-6	154	373
Vaud	381	445	33	-19	459	840
Valais	145	136	43	-7	173	318
Neuchâtel	117	131	30	-6	155	271
Genève	230	622	31	-26	627	857
Jura	46	54	2	-2	53	99
<b>Schweiz/Suisse</b>	<b>3'794</b>	<b>4'018</b>	<b>823</b>	<b>-194</b>	<b>4'648</b>	<b>8'442</b>

Quelle: BFS 2002, BSV 2002, eigene Berechnungen

### Übergang vom heutigen Finanzierungssystem zum dual-fixen System

**Tabelle 3** auf der folgenden Seite zeigt den Übergang vom heutigen Finanzierungssystem zum dual-fixen System. Der Übergang erfolgt in vier Schritten:

- A. Übernahme des Sockelbetrags an die Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern durch die Kantone
- B. Übernahme des Sockelbetrages in den Privatspitäler durch die Kantone
- C. Häufigte Aufteilung der Investitionskosten zwischen den Kantonen und den Versicherern
- D. Häufigte Aufteilung der Kosten, welche nach sich nach den Schritten A. bis C. ergeben, zwischen den Kantonen und den Versicherern.

### Vom dual-fixen zum monistischen System

In einem monistischen Finanzierungssystem würden die Versicherer alle Kosten – insgesamt 9'092 Millionen Franken – zu übernehmen haben. Gleichzeitig würden die ehemaligen Kantonssubventionen von 4'546 Millionen Franken in einer geeigneten Form an die Versicherer oder an die Versicherten verteilt.

### Auswirkungen auf den Risikoausgleich nach Kantonen

**Tabelle 4** und **Tabelle 5** zeigen die Auswirkungen der verschiedenen Spitalfinanzierungssystem auf den Risikoausgleich. Einerseits werden die Auswirkungen in aggregierten Summen (Tabelle 4), andererseits als Pro-Kopf-Werte (Tabelle 5) dargestellt. In diesem Abschnitt betrachten wir die Ergebnisse nach Kantonen. Beim Autor ist ein Papier verfügbar, welches auch die Auswirkungen nach Versicherer zeigt.

Was zeigt Tabelle 4?

- Das Risikoausgleichsvolumen im Jahr 2002 betrug 732 Millionen Franken. Es handelt sich dabei um das Nettoumverteilungsvolumen, also denjenigen Betrag, der tatsächlich zwischen den Versicherern hin und her verschoben wird.<sup>112</sup>
- Durch den Übergang zum dual-fixen Modell haben die Kantone 752 Millionen Franken mehr an Kosten zu übernehmen. In der Folge steigt das Risikoausgleichsvolumen um 50 Millionen Franken von 732 Millionen Franken auf 782 Millionen Franken (+6.9%).
- Im Rahmen der monistischen Spitalfinanzierung sind weitere 4'546 Millionen Franken durch die Versicherer zu tragen. Das Risikoausgleichsvolumen steigt gegenüber der heutigen Situation um 307 Millionen Franken (+42%), gegenüber der Situation mit der dual-fixen Finanzierung um 256 Millionen Franken (+33%) auf 1'039 Millionen Franken.
- Insgesamt nimmt also das Risikoausgleichsvolumen um 42 Prozent gegenüber heute zu. Dieser Wert schwankt nach Kantonen zwischen 24 Prozent (Thurgau) und 67 Prozent (Genève).

---

<sup>112</sup> Das Bruttoumverteilungsvolumen – also jenes zwischen den Risikoausgleichsgruppen – ist bedeutend grösser (3'556 Millionen Franken).

Tabelle 3: Der Übergang von der heutigen Finanzierung zur der dual-fixen Finanzierung  
(in Millionen Franken, bezogen auf das Jahr 2000)

	A. Übernahme Sockelbetrag an die Zusatzversicherten in öff. und öffentlich subventionierten Spitälern durch die Kantone			B. Übernahme Sockelbetrag in Privatspitäler durch Kantone				
	Kantone		Total OKP Reduk- tion	Versicherer		Kantone		Total OKP
	Mehr- kosten	Total		Total	Total			
Zürich	171	772	-34	-34	573	34	807	1'379
Bern	101	777	-39	-39	410	39	816	1'226
Luzern	22	159	-12	-12	138	12	171	310
Uri	3	23	0	0	15	0	23	38
Schwyz	5	74	-1	-1	52	1	74	126
Obwalden	1	14	0	0	13	0	14	27
Nidwalden	1	18	0	0	14	0	18	33
Glarus	1	36	0	0	18	0	36	53
Zug	8	47	-2	-2	35	2	49	84
Fribourg	13	146	-5	-5	113	5	151	264
Solothurn	16	182	-1	-1	111	1	184	295
Basel-Stadt	41	256	-5	-5	157	5	260	418
Basel-Landschaft	16	198	-6	-6	148	6	204	352
Schaffhausen	6	49	-1	-1	38	1	49	87
Appenzell A.Rh.	8	35	-9	-9	14	9	45	59
Appenzell I.Rh.	0	4	0	0	6	0	5	11
St.Gallen	29	259	-9	-9	188	9	268	456
Graubünden	14	128	-24	-24	80	24	152	233
Aargau	42	276	-32	-32	228	32	308	536
Thurgau	15	88	-16	-16	109	16	104	213
Ticino	29	184	-38	-38	180	38	222	402
Vaud	50	509	-26	-26	355	26	535	890
Valais	6	178	-2	-2	143	2	180	323
Neuchâtel	7	162	-1	-1	116	1	163	279
Genève	40	667	-14	-14	215	14	681	897
Jura	3	57	-3	-3	43	3	60	103
<b>Schweiz/Suisse</b>	<b>650</b>	<b>5'298</b>	<b>-280</b>	<b>-280</b>	<b>3'514</b>	<b>280</b>	<b>5'578</b>	<b>9'092</b>

Quelle: BFS 2002, BSV 2002, santésuisse 2002, eigene Berechnungen

C. Aufteilung der Investitionskosten					D. Aufteilung der Kosten 50:50						
Versicherer		Kantone		Total OKP	Total OKP	Versicherer			Kantone		
Mehr- kosten	Total	Reduk- tion	Total			Anteil 50%	Anteil heute	Differenz	Anteil 50%	Anteil heute	Differenz
71	643	-71	736	1'379	1'379	690	607	83	690	601	88
72	482	-72	744	1'226	1'226	613	449	164	613	676	-63
17	155	-17	155	310	310	155	151	4	155	137	18
4	19	-4	19	38	38	19	15	4	19	20	-1
0	52	0	74	126	126	63	52	11	63	68	-5
0	13	0	14	27	27	13	13	1	13	13	0
1	15	-1	17	33	33	16	14	2	16	17	0
7	25	-7	28	53	53	27	18	9	27	34	-7
2	37	-2	47	84	84	42	37	5	42	39	3
12	125	-12	139	264	264	132	118	14	132	133	-1
23	135	-23	160	295	295	148	113	35	148	167	-19
29	186	-29	232	418	418	209	162	47	209	215	-6
20	168	-20	183	352	352	176	154	22	176	181	-6
1	39	-1	48	87	87	44	38	5	44	43	0
3	17	-3	42	59	59	29	24	6	29	27	2
0	6	0	4	11	11	5	6	-1	5	4	2
13	201	-13	256	456	456	228	197	31	228	230	-2
18	98	-18	135	233	233	116	104	12	116	115	2
32	260	-32	276	536	536	268	260	8	268	234	34
4	113	-4	100	213	213	106	125	-19	106	73	34
14	194	-14	208	402	402	201	218	-17	201	154	47
17	372	-17	518	890	890	445	381	64	445	459	-14
22	165	-22	158	323	323	162	145	17	162	173	-11
15	131	-15	148	279	279	139	117	23	139	155	-15
16	231	-16	666	897	897	448	230	219	448	627	-179
1	44	-1	59	103	103	51	46	5	51	53	-2
<b>412</b>	<b>3'926</b>	<b>-412</b>	<b>5'166</b>	<b>9'092</b>	<b>9'092</b>	<b>4'546</b>	<b>3'794</b>	<b>752</b>	<b>4'546</b>	<b>4'648</b>	<b>-102</b>

Tabelle 4: Auswirkungen verschiedener Spitalfinanzierungssystem auf den Risikoausgleich im Jahr 2000 – nach Kantonen – Summen (in Millionen Franken)

	Anzahl Versicherte	Heutige Spitalfinanzierung		Dual-fixe Spitalfinanzierung nach der 2. KVG-Revision				
		Netto- kosten	Nettoum- verteilungs- volumen RA	Neu zu überneh- mende Kosten	Netto- kosten neu 1	Nettoum- verteilungs- volumen RA	Differenz (5) - (2)	Differenz (5) - (2) in Prozent
		1	2	3	4	5	6	7
Zürich	1'223'610	2'244	137	83	2'326	142	5	3.7%
Bern	954'820	1'700	152	164	1'864	167	15	9.7%
Luzern	353'480	502	21	4	506	21	0	0.9%
Uri	36'120	50	3	4	54	4	0	7.6%
Schwyz	129'960	182	9	11	192	10	1	5.9%
Obwalden	33'600	45	2	1	46	2	0	1.6%
Nidwalden	38'000	49	2	2	51	2	0	3.7%
Glarus	39'160	59	3	9	68	4	0	15.1%
Zug	99'100	139	8	5	144	8	0	3.5%
Fribourg	239'220	401	31	14	415	32	1	3.5%
Solothurn	247'460	413	41	35	448	45	3	8.4%
Basel-Stadt	187'070	492	34	47	539	38	3	9.5%
Basel-Landschaft	261'870	498	40	22	521	42	2	4.4%
Schaffhausen	75'550	133	12	5	139	12	0	3.8%
Appenzell A.Rh.	54'750	73	4	6	79	4	0	8.2%
Appenzell I.Rh.	15'200	18	1	-1	16	1	0	-6.6%
St.Gallen	455'070	639	30	31	670	32	1	4.9%
Graubünden	194'690	290	8	12	302	8	0	4.1%
Aargau	558'050	872	57	8	880	57	1	0.9%
Thurgau	230'570	366	20	-19	347	19	-1	-5.1%
Ticino	311'450	674	74	-17	657	72	-2	-2.6%
Vaud	622'720	1'371	93	64	1'435	97	4	4.6%
Valais	283'630	440	21	17	457	22	1	3.8%
Neuchâtel	168'670	375	35	23	398	37	2	6.1%
Genève	385'950	1'000	90	219	1'218	110	20	21.9%
Jura	70'510	147	12	5	152	12	0	3.6%
<b>Schweiz/Suisse</b>	<b>7'270'280</b>	<b>13'171</b>	<b>732</b>	<b>752</b>	<b>13'923</b>	<b>782</b>	<b>50</b>	<b>6.9%</b>

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG 2002, BFS 2002, BSV 2002, santésuisse 2002, eigene Berechnungen

Monistisches Finanzierungssystem							Subvention pro Kopf (Erwachsene 100%, Junge Erwachsene 50%, Kinder 30%)			
Neu zu über- nehmende Kosten vom Kanton	Nettokos- ten neu 2	Netto- umver- teilungs volumen RA	Differenz (10) - (5)	Differenz (10) - (5) in Prozent	Differenz (10) - (2)	Differenz (10) - (2) in Prozent	Subvention	Netto- kosten nach Subvention	Differenz (16) - (4)	Differenz (16) - (1)
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
690	3'016	184	42	30%	47	34%	690	2'326	0	83
613	2'477	222	55	33%	70	46%	613	1'864	0	164
155	661	28	6	31%	7	32%	155	506	0	4
19	73	5	1	35%	1	46%	19	54	0	4
63	255	13	3	33%	4	41%	63	192	0	11
13	59	3	1	29%	1	31%	13	46	0	1
16	68	3	1	32%	1	37%	16	51	0	2
27	95	5	1	39%	2	60%	27	68	0	9
42	186	11	2	29%	3	34%	42	144	0	5
132	548	42	10	32%	11	36%	132	415	0	14
148	596	60	15	33%	18	44%	148	448	0	35
209	748	52	15	39%	18	52%	209	539	0	47
176	696	57	14	34%	16	40%	176	521	0	22
44	182	16	4	31%	4	36%	44	139	0	5
29	108	6	2	37%	2	49%	29	79	0	6
5	22	1	0	32%	0	23%	5	16	0	-1
228	898	43	11	34%	12	41%	228	670	0	31
116	418	11	3	39%	3	44%	116	302	0	12
268	1'148	75	17	30%	18	32%	268	880	0	8
106	453	24	6	31%	5	24%	106	347	0	-19
201	858	94	22	31%	20	27%	201	657	0	-17
445	1'880	128	30	31%	35	37%	445	1'435	0	64
162	619	30	8	35%	9	40%	162	457	0	17
139	537	51	13	35%	15	43%	139	398	0	23
448	1'667	150	40	37%	60	67%	448	1'218	0	219
51	204	16	4	34%	5	38%	51	152	0	5
<b>4'546</b>	<b>18'469</b>	<b>1'039</b>	<b>256</b>	<b>33%</b>	<b>307</b>	<b>42%</b>	<b>4'546</b>	<b>13'923</b>	<b>0</b>	<b>752</b>

Tabelle 5: Auswirkungen verschiedener Spitalfinanzierungssystem auf den Risikoausgleich im Jahr 2000 – nach Kantonen – Angaben pro Versicherten und Jahr

	Anzahl Versicherte	Heutige Spitalfinanzierung		Dual-fixe Spitalfinanzierung nach der 2. KVG-Revision				
		Netto-kosten	Nettoum- verteilungs- volumen RA	Neu zu überneh- mende Kosten	Netto- kosten neu 1	Nettoum- verteilungs- volumen RA	Differenz (5) - (2)	Differenz (5) - (2) in Prozent
		1	2	3	4	5	6	7
Zürich	1'223'610	1'834	112	67	1'901	116	4	3.7%
Bern	954'820	1'780	159	172	1'952	175	15	9.7%
Luzern	353'480	1'420	59	12	1'432	60	1	0.9%
Uri	36'120	1'381	90	105	1'486	97	7	7.6%
Schwyz	129'960	1'399	72	82	1'480	76	4	5.9%
Obwalden	33'600	1'346	58	22	1'368	59	1	1.6%
Nidwalden	38'000	1'301	55	48	1'350	57	2	3.7%
Glarus	39'160	1'512	84	228	1'741	96	13	15.1%
Zug	99'100	1'399	82	50	1'448	84	3	3.5%
Fribourg	239'220	1'678	128	59	1'737	133	4	3.5%
Solothurn	247'460	1'670	168	141	1'810	182	14	8.4%
Basel-Stadt	187'070	2'630	184	251	2'881	202	18	9.5%
Basel-Landschaft	261'870	1'903	155	84	1'988	161	7	4.4%
Schaffhausen	75'550	1'766	159	68	1'834	165	6	3.8%
Appenzell A.Rh.	54'750	1'329	72	109	1'437	78	6	8.2%
Appenzell I.Rh.	15'200	1'158	52	-76	1'082	48	-3	-6.6%
St.Gallen	455'070	1'405	67	68	1'473	70	3	4.9%
Graubünden	194'690	1'488	40	62	1'550	42	2	4.1%
Aargau	558'050	1'562	102	15	1'577	102	1	0.9%
Thurgau	230'570	1'586	86	-81	1'505	81	-4	-5.1%
Ticino	311'450	2'164	238	-56	2'108	232	-6	-2.6%
Vaud	622'720	2'201	150	102	2'304	157	7	4.6%
Valais	283'630	1'552	75	58	1'611	78	3	3.8%
Neuchâtel	168'670	2'224	210	135	2'359	222	13	6.1%
Genève	385'950	2'590	233	567	3'157	284	51	21.9%
Jura	70'510	2'086	167	76	2'162	173	6	3.6%
<b>Schweiz/Suisse</b>	<b>7'270'280</b>	<b>1'812</b>	<b>101</b>	<b>103</b>	<b>1'915</b>	<b>108</b>	<b>7</b>	<b>6.9%</b>

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG 2002, BFS 2002, BSV 2002, santésuisse 2002, eigene Berechnungen



Monistisches Finanzierungssystem							Subvention pro Kopf (Erwachsene 100%, Junge Erwachsene 50%, Kinder 30%)			
Neu zu übernehmende Kosten vom Kanton	Nettokosten neu 2	Netto-umverteilungsvolumen RA	Differenz (10) - (5)	Differenz (10) - (5) in Prozent	Differenz (10) - (2)	Differenz (10) - (2) in Prozent	Subvention	Nettokosten nach Subvention	Differenz (16) - (4)	Differenz (16) - (1)
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
564	2'465	151	34	30%	39	34%	564	1'901	0	67
642	2'594	232	57	33%	73	46%	642	1'952	0	172
438	1'870	78	18	31%	19	32%	438	1'432	0	12
524	2'010	132	34	35%	41	46%	524	1'486	0	105
485	1'966	101	25	33%	29	41%	485	1'480	0	82
397	1'765	76	17	29%	18	31%	397	1'368	0	22
429	1'779	75	18	32%	20	37%	429	1'350	0	48
679	2'420	134	38	39%	50	60%	679	1'741	0	228
424	1'873	109	25	29%	28	34%	424	1'448	0	50
553	2'289	175	42	32%	47	36%	553	1'737	0	59
596	2'407	242	60	33%	74	44%	596	1'810	0	141
1'117	3'997	280	78	39%	96	52%	1'117	2'881	0	251
672	2'659	216	55	34%	61	40%	672	1'988	0	84
576	2'410	216	52	31%	58	36%	576	1'834	0	68
538	1'975	107	29	37%	35	49%	538	1'437	0	109
347	1'428	64	15	32%	12	23%	347	1'082	0	-76
501	1'974	94	24	34%	27	41%	501	1'473	0	68
598	2'148	58	16	39%	18	44%	598	1'550	0	62
480	2'057	134	31	30%	32	32%	480	1'577	0	15
461	1'966	106	25	31%	21	24%	461	1'505	0	-81
645	2'754	303	71	31%	65	27%	645	2'108	0	-56
715	3'018	205	49	31%	55	37%	715	2'304	0	102
570	2'181	105	27	35%	30	40%	570	1'611	0	58
826	3'184	300	78	35%	91	43%	826	2'359	0	135
1'162	4'319	388	105	37%	156	67%	1'162	3'157	0	567
727	2'889	232	58	34%	64	38%	727	2'162	0	76
<b>625</b>	<b>2'540</b>	<b>143</b>	<b>35</b>	<b>33%</b>	<b>42</b>	<b>42%</b>	<b>625</b>	<b>1'915</b>	<b>0</b>	<b>103</b>

Welche Ergebnisse können aus Tabelle 5 ersehen werden, in welcher dieselben Ergebnisse wie in Tabelle 4 – allerdings ausgedrückt in Werten pro Kopf und Jahr – dargestellt werden?

- Die durchschnittlichen Kosten pro Kopf und Jahr betragen im Jahr 2000 1'812 Franken pro Jahr. Im dual-fixen Modell steigen sie auf 1'915 Franken.
- Für diejenigen Versicherer, welche aus dem Risikoausgleich Beiträge erhalten, macht er heute im Durchschnitt 101 Franken pro Kopf und Jahr aus. Im dual-fixen Modell steigt der durchschnittliche Betrag um 6.9% auf 108 Franken.
- Im monistischen System beträgt der Risikoausgleichsbetrag 143 Franken pro Monat.

## Literatur

BSV Bundesamt für Sozialversicherung: Datenquelle, unveröffentlicht.

BFS Bundesamt für Statistik (2002): Nachführung der Anhangstabellen aus der Botschaft zur 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes für das Jahr 2000.

Gemeinsame Einrichtung KVG (2002): Daten zum definitiven Risikoausgleich 1999, 2000 und 2001.

Leu Robert, Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999). Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. interpharma, Basel.

santésuisse (2002): Sonderauswertungen des Datenpools.

SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (2002): Plenarversammlung vom 21.11.2002, Traktanden 7 und 8, Spitalfinanzierung/Assura/2. und 3. KVG-Revision, Einleitungsworte Markus Dürr.

## Literaturverzeichnis

- Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care, Thieme: Stuttgart
- Breyer, F. und P. Zweifel (2002): Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Springer: Berlin u.a.
- Breyer, F. (2000): Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, in: R. Hauser (Hrsg.), Die Zukunft des Sozialstaates, Berlin, Beiheft 8 der Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, S. 167-199.
- Breyer, F. und A. Haufler (2000): Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 445-461.
- Bundesamt für Sozialversicherung, Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, Forschungsbericht Nr. 7/00, Beiträge zur sozialen Sicherheit, 2000.
- Conolly, S. and A. Munro (1999): *Economics of the Public Sector*, Prentice Hall Europe; London u.a.
- Gerfin, M., R.E. Leu, S. Brun und A. Tschöpe (2002): Steuergutschriften, Mindestlöhne und Armut unter Erwerbstätigen in der Schweiz, in: *Grundlagen der Wirtschaftspolitik* Nr. 4, Studienreihe des Staatssekretariats für Wirtschaft, Bern.
- Enthoven, A.C. (1978): Customer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, 650-658 und 709-720.
- Enthoven, A.C., 1988, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Hotz, R. (2001): Rechtsgutachten zur Frage der Verknüpfung von Sockelbeitrag und Planung im Rahmen der 2. KVG-Revision. St. Gallen, mimeo.
- Leu, R. E. (1993): Gesundheitsreform am Scheideweg, *Zukunftsperspektiven des schweizerischen Gesundheitswesens, Volkswirtschaft* 5, 19 - 26.
- Leu, R.E., Ch. Eisenring, S. Nocera und M. Schellhorn (1999): *Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten*, Interpharma, Basel.
- Leu, R.E., S. Hill (2002): *Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg*, Interpharma, Basel.
- McGuire, A. (1995): *The Provision of Health Care in: Alban, A. and T. Christiansen (Hrsg.), The Nordic Lights – New Initiatives in Health Care Systems*, Odense University Press, Odense.
- Neue Zürcher Zeitung: Kurze Leine für grosse Spitäler, 18./19. Januar 2003, S. 45.
- Rothschild, M. und J. E. Stiglitz (1976): «Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information», *Quarterly Journal of Economics* 90, S. 627-649.
- Sommer, J.H. und O. Biersack: Staatsversagen im Spitalwesen, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 14.09.2002, S. 29.
- Spycher, S. (2001): *Der Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen*. Haupt, Bern u.a.
- Stüssi, F. J. (2002): «Tarife und Wettbewerb», in: Paul Richli und Tomas Poledna (Hrsg.), *Tarife im Gesundheitsrecht*, Schriftenreihe des Forums für Gesundheitsrecht Nr. 4, Zürich, 77-100.
- Wettbewerbskommission (2001): «Tarifvertrag in der halbprivaten Zusatzversicherung. Verfügung der Wettbewerbskommission vom 1. Oktober 2001 in Sachen Untersuchung gemäss Artikel 27 KG betreffend Zusatzversicherungsbereich Kanton Aargau wegen unzulässiger Wettbewerbsabreden gemäss Artikel 5 KG», *Recht und Politik des Wettbewerbs RPW*, 4, 645-688.
- Zweifel, P. (2000): *Tarmed: Der neue schweizerische Tarif für ärztliche Leistungen*, Zürich.
- Zweifel, P. und M. Breuer (2002): *Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V.*, Zürich

